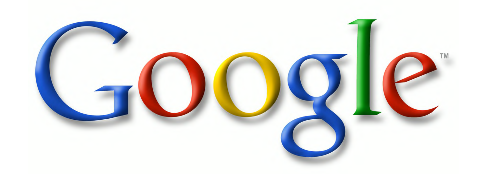
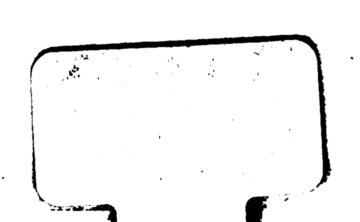





SIGILLVM ACADEMIAE HARVARDIANAE IN NOV · ANG ·
VE RI TAS
CHRISTO ET ECCLESIAE



DIE

TRANSITORISCHE TOBSUCHT.

EINE KLINISCH-FORENSISCHE STUDIE

VON

D[R.] OTTÓ SCHWARTZER,

CHEF-ARZT DER PRIVAT-HEILANSTALT FÜR GEMÜTHS- UND NERVENKRANKE IN BUDAPEST.

WIEN 1880.

TOEPLITZ & DEUTICKE

I. SCHOTTENGASSE 6.

SEINER HOCHWOHLGEBOREN

dem

HERRN DR. FRIEDRICH KORÁNYI

KÖNIGLICHEM RATHE

ordentlichem öffentlichen Professor der internen Medicin und Director der zweiten medicinischen Klinik an der königlich ungarischen Universität zu Budapest; ordentlichem Mitgliede des königlich ungarischen Landes-Sanitätsrathes; Ehrenmitgliede des ärztlichen Vereines der Bezirke Jasygien und Kumanien, des Hajduken-Districtes und des Szabolcser Comitates; ordentlichem und Directions-Mitgliede des königlichen Vereines der Aerste zu Budapest, der Gesellschaft für Herausgabe ungarisch-medicinischer Werke; ordentlichem Mitgliede der königlich ungarischen naturwissenschaftlichen Gesellschaft; emeritirtem Physicus des Szabolcser Comitates und Honorar-Oberphysicus des Pest-Pilis-Solter Comitates etc. etc. etc.

IN BESONDERER HOCHACHTUNG GEWIDMET.

Vorwort.

Das vorliegende Werk ist ein Versuch, die Lehre von der bisher sogenannten „Mania" transitoria auf eine feste und sichere Grundlage zu stellen, den Begriff dieser transitorischen Psychose genau zu bestimmen und ein einheitlich abgeschlossenes, von symptomatisch verwandten Erscheinungen scharf abgegrenztes, durch zahlreiche, der Empirie entnommene Fälle illustrirtes psychisches und somatisches Bild dieser eigenartigen Erkrankungsform zu liefern. Wir sind dabei beinahe ausschliesslich unseren eigenen Erfahrungen und Anschauungen gefolgt, denn so überreich auch die deutsche und ausländische Literatur an mitunter sehr gehaltvollen Abhandlungen über die „Mania" transitoria zweifellos ist, und so zahlreiche mitgetheilte und besprochene Fälle dieser Psychose sie auch enthält, konnten wir ausser der kleinen Arbeit Krafft-Ebing's („Die Lehre von der Mania transitoria") und einiger Casuistik, auf die wir betreffenden Ortes hingewiesen haben, nur sehr Weniges davon für unsere Zwecke verwerthen. Während nämlich viele der angesehensten Psychopathologen den Bestand der „Mania" transitoria, und zwar mit vollem Rechte, gänzlich in Abrede stellen, haben andere, da der Begriff dieser transi-

torisch-psychischen Alienation nicht festgestellt und die Bezeichnung eine durchaus verfehlte war, unter diesem Sammelnamen eine zahllose Menge der grundverschiedensten, nur äusserlich phänomenologisch ähnlichen vorübergehenden Aufregungs- und Bewusstlosigkeitszustände — Angstparoxysmen, epileptische und hysterische Zufälle, traumatische und Fieber-Delirien, pathologische Zornaffecte, neuralgische Dysthimien, Schlaftrunkenheit, Berauschungszustände u. dgl. — zusammengeworfen. Selbst Krafft-Ebing, der doch das Wesen der Krankheitserscheinungen, die man vordem, ohne sich über ihre Natur klar werden zu können, unter Mania transitoria im eigentlichen Sinne verstand, richtig erfasste, hat es nicht gewagt, die veraltete fehlerhafte Bezeichnung derselben, welche doch grenzenlose Verwirrung und erbitterte Streitigkeiten im Gefolge gehabt hat, aufzugeben und der fraglichen besonders charakterisirten Psychose, die er doch als das, was sie in Wahrheit ist, als einen schnell vorübergehenden, isolirten, furibunden Tobsuchtsanfall erkannte, die ihr demgemäss zukommende richtige Benennung zu verleihen.

Dass derartige vereinzelte Paroxysmen, und zwar weit häufiger als man vielleicht anzunehmen geneigt ist, in die Erscheinung treten, haben uns sowohl die eigene Erfahrung als die Mittheilung mehrerer vollkommen glaubwürdiger, im psychiatrischen Fache wohl bewanderter Collegen zur Genüge dargethan, und eben an der Hand dieser unwiderlegbaren Thatsachen sind wir nach vorurtheilsloser kritischer Prüfung der eigenen und fremden Beobachtungen zur wissenschaftlich begründeten Ueberzeugung gelangt, dass zwar keine transitorische „Manie", wohl aber eine transitorische Tobsucht bestehe

welcher als einer unverkennbaren Krankheit sui generis der gebührende Platz in der Systematik der Psychosen nicht verweigert werden kann. Vollkommen einverstanden mit Schüle's Worten („Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie und psychischgerichtliche Medicin", 1866, pag. 129), dass das Heil unserer Wissenschaft nicht von Compendien (an denen wahrlich kein Mangel besteht), sondern von monographischen Detail-Untersuchungen zu erwarten sei, überdies durch eine am Beginne dieses Jahres über die Existenz oder Nichtexistenz der sogenannten Mania transitoria bestandene literarische Fehde hiezu veranlasst, entschlossen wir uns, mit vorliegender Specialschrift, dem Resultat mehrjähriger Studien und Forschungen, vor die Oeffentlichkeit zu treten. — Dieselbe beabsichtigt, nichts weiter zu sein, als was ihr Titel besagt, ein Versuch, kein erschöpfendes, auf Vollständigkeit Anspruch erhebendes Werk; noch weniger maasst sie sich an, die endgiltige Lösung der schwierigen und controversen Frage über den Bestand und das Wesen der sogenannten „Mania" transitoria herbeigeführt zu haben. — Da ferner unsere Arbeit nicht nur für Aerzte, sondern, weil Anfälle der transitorischen Tobsucht sehr häufig forensische Wichtigkeit erhalten, auch für Juristen bestimmt ist und wir damit insbesondere einen bescheidenen Beitrag zur gerichtlichen Psychopathologie zu liefern beabsichtigen, haben wir auch die Vortragsweise dem entsprechend eingerichtet, und daher Alles, was dem Arzte ohnehin von Berufswegen bekannt sein muss, für den Richter aber belanglos ist, aufzunehmen unterlassen.

Es ist uns sehr wohl bekannt, dass wir mit diesem Versuche, die Lehre von der sogenannten „Mania" transitoria zu

berichtigen und wissenschaftlich zu begründen, ein seit Decennien strittiges Terrain betreten, auf welchem zahlreiche Widersacher nicht ausbleiben werden.

Alle objectiv und scientifisch gehaltenen, wenn auch tadelnden, aber uns eines Besseren belehrenden Besprechungen unseres Buches werden uns zu aufrichtigem Danke verpflichten und wir werden nach dem Gebote der Schrift „Alles prüfen und das Beste davon behalten".

Budapest, im October 1879.

Dr. Otto Schwartzer.

Inhalt.

Die transitorische Tobsucht.

Art. I.

Begriffsbestimmung und wesentliche Symptomatologie.

Unter transitorischer Tobsucht verstehen wir jene eigenthümliche Irrseinsform, jene Art vorübergehender acuter furibunder Tobsucht, welche bei sich bis dahin völliger geistiger Integrität erfreut habenden Individuen sich in der Regel wohl aus wissenschaftlich bekannten oder doch vermuthlichen ätiologischen Momenten, nicht selten aber auch aus nicht nachweisbarer Veranlassung rasch und plötzlich, beinahe augenblicklich, entwickelt, unter Erscheinungen heftiger activer Gehirnhyperämie, ungezügelten spontanen motorischen Entäusserungsdranges und wilden Zornaffectes bei völlig aufgehobener Besinnungsfähigkeit alsbald ihre Akme erreicht und, ohne sonderliche Intensitätsschwankungen sich stets auf gleicher Höhe des Paroxysmus erhaltend, nach kurzer, zumeist einen Zeitraum von zwölf Stunden nicht übersteigender, Dauer mit einem tiefen mehrstündigen Schlafe abschliesst ohne irgend eine Erinnerung des während des Krankheits-Paroxysmus Vorgefallenen und ohne eine pathologische Veränderung im Gehirn, einen geistigen Defect, zu hinterlassen. Sie bildet in der Regel ein im Leben des davon Betroffenen isolirt dastehendes, sich nicht wiederholendes Ereigniss, auf welches keine vorausgegangene psychische Störung, keine erbliche Belastung eingewirkt hat; sie bleibt zumeist auf einen einzigen Anfall, der von kürzerer oder längerer Dauer, von grösserer oder geringerer Heftigkeit sein kann, beschränkt, geht gewöhnlich ohne Kunsthilfe von selbst der völligen Heilung entgegen, lässt keine somatischen oder psychischen Veränderungen zurück, beeinträchtigt die geistige Integrität nicht weiter und kehrt in der Regel im Leben nicht wieder.

Diese in klinischer wie forensischer Hinsicht gleich interessante und wichtige transitorisch-psychische Alienation von kürzester Dauer, welche aus bisher noch wenig aufgeklärter Ursache zumeist nur bei im kräftigsten Alter stehenden Männern und nur höchst ausnahmsweise bei Mitgliedern des weiblichen Geschlechtes in Erscheinung tritt, ist, wie wir im Verlaufe unserer Abhandlung des Näheren gründlich erweisen zu können hoffen, keineswegs blos ein rapid verlaufender Anfall der gewöhnlichen Tobsucht, sondern eine ihre bestimmte Aetiologie, Pathogenese und charakteristischen Verlauf besitzende specifische psychische Krankheitsform, welche mit der gewöhnlichen furibunden Tobsucht zwar nahe Verwandtschaft, aber dennoch ihre eigenen Hauptcharaktere und wesentlich unterschiedenen Symptomen-Complex besitzt, der sie in typischer Weise von allen anderen Tobsuchtsformen principiell abhebt, daher sie in der Systematik der Seelenkrankheiten als eine Psychose sui generis ihre Stelle einzunehmen vollkommen berechtigt ist (v. Art. XXXVI).

Art. II.

Irrthümliche Bezeichnung dieser transit. psychischen Alienation als „Mania" transitoria.

Die im vorigen Artikel in kurzen Umrissen dargestellte eigenartige psychische Krankheitsform hat schon seit beinahe einem Jahrhundert die besondere Aufmerksamkeit der Psycho-Pathologen auf sich gezogen. Ungemein zahlreich sind die in den verschiedenen Fachblättern zerstreuten, zum grossen Theile aus der Feder namhafter Gelehrten herrührenden Abhandlungen darüber und äusserst reichhaltig die bezügliche Casuistik, aber auch nach allen Richtungen divergirend die darüber aufgestellten Ansichten und Erklärungsversuche; ja es fehlt keineswegs an Psychiatern von Rang und Bedeutung, welche dieser transitorischen psychischen Alienation die Existenzberechtigung als Psychose sui generis gänzlich absprechen und sie bald dahin, bald dorthin, zumeist aber unter die melancholischen oder epileptischen Seelenstörungen verweisen und ihren eigentlichen Grund-

charakter als specifische Tobsuchtsform verkennen oder doch nicht genügend beachten. In den meisten Fällen wurde sie jedoch als eine acute maniacalische Erscheinung aufgefasst oder wenigstens als solche bezeichnet, wie die noch heutzutage selbst in den trefflichsten psychopathologischen Werken und Fachblättern dafür gangbaren Benennungen: Mania transitoria (acuta, acutissima), Mania brevis, Mania ephemera, Mania furiosa, Mania subita acutissima, Mania ferox, Furor maniacus, Raptus maniacus etc. etc. zur Genüge darthun. Es ist nun eine allerdings nicht hinwegzuleugnende betrübende Thatsache, dass wir es in der Psychiatrie nicht einmal noch zu einer allgemein angenommenen Nomenclatur gebracht haben, von einer allgemein anerkannten Classification und Begriffsbestimmung der einzelnen psychischen Krankheitsformen gar nicht zu reden. Jede der verschiedenen Schulen, ja jedes einzelne Lehrbuch verfolgt ein eigenes System, schafft sich eigene Bezeichnungen und die in dieser Beziehung herrschende Verwirrung erschwert jedes gemeinsame Verständniss. Ganz insbesondere aber was Manie und Tobsucht anbelangt, besteht hinsichtlich deren Begriffsbestimmung und der Begrenzung ihrer Symptome unter den Psychiatern die auffallendste Uneinigkeit. Wohl kein psychiatrischer Terminus ist so vage und schwankend für die verschiedenartigsten, nicht selten widersprechendsten Symptomen-Complexe in Anwendung gebracht, als jener der Manie. Namentlich die ältere psychiatrische Schule war nur allzusehr geneigt, die Begriffe von Manie und Tobsucht zu identificiren, oder doch letztere nur als einen Exacerbationszustand der ersteren aufzufassen, überdies aber auch jedwede psychische Alienation, welche nur in irgend einer Weise mit Aufregung, Lärm, motorischer Kraftäusserung und Gewaltacten verbunden war, kurzweg als eine maniacalische zu bezeichnen und unter Manie als Collectivbegriff sämmtliche, selbst auf den allerverschiedensten Grundlagen beruhenden furibunden Paroxysmen einzubegreifen, wobei es dann nicht selten unterlief, dass auch mit Aufregung und Unruhe verknüpfte Aeusserungen einer (der maniacalischen doch begrifflich schon entgegengesetzten) melancholischen Psychose (sogenannte Melanchol. agit. oder act., Raptus melanchol.), sobald solche nur einige äusserliche

Aehnlichkeit mit maniacalischen (beziehungsweise Tobsuchts-) Anfällen darboten, unter der allgemeinen Bezeichnung „Manie" zusammengefasst wurden, wofür in der Literatur sehr zahlreiche Beispiele aufzufinden sind. So ist es denn auch gekommen, dass für die Zustände transitorischer Tobsucht, welche den Vorwurf unserer gegenwärtigen Abhandlung bilden, die obwohl völlig irrthümliche Bezeichnung „Mania transitoria" beinahe allgemein giltig geworden ist und nicht wenig zur Verkennung ihres wahren Wesens beigetragen hat. Selbst Krafft-Ebing, der doch, wie Keiner vor ihm, die Natur und Wesenheit dieser psychischen Alienation richtig erkannt hat und in seiner diesbezüglichen Monographie pag. 25 ganz treffend es für unrichtig erklärt, diese Zustände als „maniacalische" aufzufassen, indem nur äussere Aehnlichkeit und ungenaue Beobachtung denselben die Benennung „Mania" transitoria verschafft haben, nimmt doch Anstand von dieser herkömmlichen Bezeichnung abzugehen, um, wie er meint, die in dieser Beziehung herrschende Verwirrung nicht zu vermehren. Wir theilen diese Bedenken Krafft-Ebing's nicht und geben nach dem Grundsatze: „Res, non verba quaeso" dieser transitorischen Psychose, welche mit der Manie nichts gemein hat, wohl aber unverkennbar den fundamentalen Charakter der furibunden Tobsucht an sich trägt, den ihr gebührenden Namen. Hiezu bestimmten uns nicht nur die streng wissenschaftliche Auffassung, sondern auch Opportunitätsgründe, indem die meisten und triftigsten Einwände gegen Bestand und Wesen der bisher sogenannten „Mania" transitoria eben aus dieser ganz fälschlichen Bezeichnung geschöpft wurden. **Eine „Mania transitoria" existirt allerdings nicht.**

Art. III.

Unterschied zwischen Manie einerseits, Tobsucht überhaupt und transitorischer Tobsucht insbesondere andererseits.

Die differirenden Symptome der Manie und der Tobsucht, auf welche beide Krankheitsformen wir uns hier selbstverständlich nur so weit einlassen können, als eben zu unserem Zwecke

unumgänglich nothwendig ist, bestehen hauptsächlich in Folgendem: Die Manie (im Gegensatze zur Melancholie, der krankhaft deprimirten Seelenthätigkeit) ist, wenigstens in ihren leichteren Graden, nichts weiter als ein krankhaft und grundlos angenehm exaltirter Seelenzustand, eine beschleunigte Bewegung der Vorstellungsmassen, rascher Ablauf in Reproduction und Combination der in reicher Fülle ohne Hemmung zuströmenden Ideen bei gehobener, sich selbst überschätzender Stimmung und erhöhtem Gefühle der eigenen Persönlichkeit, der eigenen Kraft und des Werthes, mit starker Neigung zu den dem herrschenden Ideengange adäquaten Affecten und Handlungen. Das Bewusstsein ist oft nur wenig, das Vorstellungsleben in der Regel nur formell gestört, die Ideen deutlich percipirt, die Rede logisch und an dem Kranken häufig nichts weiter wahrzunehmen als ein dauernder psychischer Exaltationszustand, eine gehobene Seelenstimmung, wie sie auch bei geistig völlig gesunden Individuen, aus objectiv mehr oder minder gerechtfertigten Ursachen, innerhalb der physiologischen Breite, allerdings nur vorübergehend, sich einzustellen pflegt.

Auch die Tobsucht ist, wie die Manie, zwar von einer gewissen Exaltation der Stimmung, einer psychischen Unruhe begleitet, diese Stimmung aber keineswegs wie bei der Manie eine freudig gehobene, vielmehr meistens unbehaglicher Art. Aber nicht das Ergriffensein des Vorstellungs- und Gefühlslebens unterscheidet im Wesentlichen die Manie von der Tobsucht, denn letztere kann auch von maniacalischer Stimmungslage begleitet auftreten, sondern die das Wesen der Tobsucht eigentlich bedingende spontane, unwillkürliche, unaufhaltsame Erregung der motorischen Sphäre, welche bei der Manie, in allen rein ausgeprägten Fällen gänzlich ermangelt, obwohl auch bei blos maniacalischen Zuständen ein leichtes und schnelles Umschlagen der Vorstellungen und Affecte in Willens-Impulse stattfindet. Allein die Handlungen des Maniacus sind nicht triebartig, sie gehen nicht aus der überreizten motorischen Sphäre unwillkürlich und spontan ohne Vermittlung des Bewusstseins hervor, seine motorische Sphäre ist intact und seine Handlungen sind nur das Resultat exaltirter Vorstellungen und Gefühle. Seine innerliche Unruhe, sein Bewegungsdrang pro-

jiciren sich nicht nothwendig nach aussen, wie jener der Tobsüchtigen in Folge unwiderstehlichen erhöhten Muskeldranges, die Manie spielt sich mehr innerlich oder durch Vermittlung der Rede, die Tobsucht aber stets durch äusserliches Thun ab; die Exaltation wirft sich beim Tobsüchtigen in Folge der heftigen motorischen Erregung unwiderstehlich und unverkennbar nach aussen, während der Maniacus oft schweigsam und ruhig im Gefühle seines Glückes vor sich hinlächelt, ohne dem prüfenden Auge andere Symptome darzubieten.

Obwohl die Tobsucht an und für sich (was allerdings der gemeinen Auffassung und dem Sprachgebrauche widerspricht) nicht stets mit Wuthaffecten und wildem Rasen verbunden sein muss, sondern sich die motorische Erregung oft sanfter, nur in harmlosem Ungestüm und zweckloser Geschäftigkeit äussert, so erscheint dieselbe in ihrer transitorischen Form doch nie anders als ein von zügelloser heftiger motorischer Erregung und blindem Zerstörungs- und Vergewaltigungsdrange begleiteter wilder Zornparoxysmus. Schon hiedurch ist jede Identificirung derselben mit der Manie ausgeschlossen; die Wuth gehört keineswegs zum Symptomencomplex der letzteren, ja widerspricht ihr sogar. Die Manie ist freudige, die transitorische Tobsucht zornige Verstimmung. Ausser diesem wesentlichen Differential-Symptome und den oben angeführten allgemeinen, jeder Gattung von Tobsucht zum Unterschiede von der Manie zukommenden gemeinsamen Merkmalen enthält die transitorische Tobsucht aber auch noch zahlreiche andere dem Begriffe der Manie nicht zugehörige oder ihm direct widersprechende Merkmale die wir im Verlaufe unserer Abhandlung eingehender zu besprechen Gelegenheit haben werden. Manie entwickelt sich, wie alle Psychosen, häufig, transitorische Tobsucht selten oder nie auf hereditärer Basis; ersterer geht in der Regel ein längeres, letzterer gar kein oder ein höchst kurzes Prodromalstadium voraus. Maniacalische Zustände entwickeln sich sowohl auf anämischer als hyperämischer Basis, doch in seltenen Fällen aus einer acuten Fluxions-Hyperämie, während letztere bei der transitorischen Tobsucht niemals fehlt; die Manie verläuft bei relativ wenig getrübtem, die transitorische Tobsucht bei völlig umnebeltem Bewusstsein,

und während die Dauer der ersteren sich auf unberechenbaren Zeitraum erstrecken kann, findet letztere nach wenigen Stunden ihren Abschluss. Der Schlaf, welcher bei der transitorischen Tobsucht die kritische Lösung der Krankheit herbeiführt, entfällt als solches Lösungsmittel bei der Manie, und ebenso ermangelt bei maniacalischen Anfällen die dem Paroxysmus von transitorischer Tobsucht typische nachfolgende Amnesie.

Hiemit glauben wir genügend dargethan zu haben, dass Begriff, Wesen und Umfang der Manie und der Tobsucht sich klinisch und symptomatisch genau feststellen und wissenschaftlich begrenzen lassen und dass thatsächlich nur ungenaue Beobachtung und Mangel kritischen Unterscheidungsvermögens den Zuständen der transitorischen Tobsucht die irrthümliche Bezeichnung der „Mania" transitoria verschafft haben.

Art. IV.

Materielles Substrat jeder psychischen Erkrankung überhaupt.

Auch die eifrigsten Anhänger der spiritualistischen Weltanschauung werden mit den Jüngern der materialistisch-somatischen Schule in der Anschauung übereinstimmen, dass alle Seelenthätigkeiten, wenn auch in bisher noch nicht aufgeklärter, von jeder Schule verschieden interpretirter Weise, an gewisse physikalische (chemische und dynamische) Processe, stoffliche Molecular-Veränderungen innerhalb des Gehirnes und der Nervenzellen gesetzmässig und unwiderruflich gebunden sind und dass jede (normale sowohl als abnorme) psychische Function von materiellen Acten im Organismus begleitet sei. Reine Geistesthätigkeit (und daher auch reine Geisteskrankheit) ist undenkbar, alle psychischen Functionen vollziehen sich nur im materiellen Sitze der Seele, dem Gehirn, dessen phänomenologische functionelle Erscheinung sie blos sind, und von der Beschaffenheit des Hirnes ist unsere gesammte psychische Leistungsfähigkeit unbedingt abhängig. Der Geist kann nur insoferne gesund und seine Thätigkeit eine normale sein, als dies auch bei seinem materiellen Substrate der Fall ist, und

jedem abnormen psychischen Processe müssen abnorme oder pathologische Vorgänge oder Veränderungen im Hirn- und Nervenleben zu Grunde liegen. Geisteskrankheiten sind daher nichts Anderes als Hirnkrankheiten sui generis, nämlich solche, die sich (was nicht eben bei allen Gehirnkrankheiten der Fall ist) durch besondere psychische Anomalien auszeichnen und bei denen die psychischen Functionen vorwiegend in Mitleidenschaft gezogen werden, aber unter allen Umständen ist irgend ein somatischer Vorgang, eine regelwidrige Thätigkeit des vom pathologischen Processe ergriffenen Hirnes, eine Störung im gesetzmässigen Verlaufe der Molecularthätigkeit innerhalb des Cerebral- und Nervensystems die veranlàssende Ursache und Grundbedingung ihrer Entstehung. Obwohl nun unbezweifelt alle psychischen Abnormitäten mit körperlichen (beziehungsweise Gehirn- und Nerven-) Leiden in ätiologischer Beziehung stehen, so ist uns in der beiweitem grössten Mehrzahl der Fälle der eigentliche innere Zusammenhang dennoch ein Räthsel.

Aber welche Gehirnpartien eben einzig und allein pathologisch ergriffen sind, welcher Art die stattfindenden anatomischen pathologischen Veränderungen seien, und warum diese abnormen Gehirnvorgänge eben diese oder jene functionellen Störungen, beziehungsweise psychische Anomalien, mit sich führen, das Gesetz, nach welchem die psychischen Vorgänge im Gehirne verlaufen und der Causalnexus der somatischen und psychischen Wechselbeziehungen bleibt, wie überhaupt der gesammte geheimnissvolle Process des Lebens, unseren Blick verschlossen.

Wir sehen wohl die Symptome, erkennen aber nicht mit Positivität ihren Grund und Zusammenhang. (Wir „vermuthen" nur.) Ungeachtet der höchst verdienstlichen Leistungen hervorragender Gelehrter, wie Hyrtl, Meynert, Westphal, Gudden, Luys, Menière, Henle, Fritsch, Hitzig, J. v. Lenhossék, Wundt, Leidesdorf, Obersteiner jun., v. Mihalkovits etc. etc., ist die Anatomie und Pathologie des Gehirnes noch sehr wenig fortgeschritten, was in erster Linie der Mangelhaftigkeit der uns bei den mikroskopischen Forschungen zu Gebote stehenden Hilfsmittel zugeschrieben werden muss. Bei den meisten

psychischen Krankheiten lässt selbst die Autopsie keine somatische Ursache der Störung erkennen, aber selbst wenn sich eine palpable Ursache der Psychose materiell nachweisen lässt, ist damit der Causalnexus zwischen derselben und der durch sie bedingten abnormen Seelenfunction nicht dargethan, der letzte Grund der Erscheinungen nicht enträthselt. Es war bis jetzt nicht möglich, die Erscheinungen des Seelenlebens, mögen selbe normal oder krankhaft sein, anatomisch wissenschaftlich positiv zu begründen und stehen uns darüber nur mehrfache, mehr oder minder glaubwürdige Hypothesen zu Gebote. Ob die Fortschritte der Wissenschaft jemals zur gründlichen Lösung dieses Problems führen werden oder auch nur können, wollen wir dahingestellt sein lassen.

Art. V.

Materielles Substrat der transitorischen Tobsucht. Prognose.

Wie jede andere abnorme Seelenthätigkeit entsteht auch der unter dem Namen der transitorischen Tobsucht begriffene Symptomen-Complex nur auf einer bestimmten somatisch-materiellen Grundlage; ihn rein psychologisch zu erklären, ist, wie bei allen anderen Psychosen, unmöglich. Allerdings kennt man auch hier nur das klinische Bild, die Reihe der auftretenden äusseren Erscheinungen, nicht aber den tiefer liegenden anatomisch-pathologischen Grund, nicht die feinen krankhaften Veränderungen, welche das Gehirn vorübergehend erleidet, wohl aber lässt die die transitorische Tobsucht stets begleitende unverkennbare fluxionäre Gehirnhyperämie den unfehlbaren Schluss auf einen erhöhten, die übrigen krankhaften psychischen und somatischen Symptome auslösenden Reizungszustand des Central-Nervenorganes zu. Nicht nur das Gehirn allein nämlich hat Antheil und Einfluss auf die Entstehung der geistigen Thätigkeiten, nicht alle Geistesstörungen werden idiopathisch vom Centralorgane selbst und direct vermittelt, es können (ausser zahlreichen anderen körperlichen Factoren) insbesondere auch Störungen der Blutcirculation durch ihren Einfluss auf

das Cerebralsystem deuteropathische geistige Störungen auslösen. Die Psychose hat in solchen Fällen nicht direct im Centralorgane ihren Ausgangspunkt, sondern ein extra-cerebraler Factor (die Blutbahnen) bestimmt das prädisponirte Gehirn mit einem Anfalle zu antworten. Bei der transitorischen Tobsucht bewirkt das in Ueberfülle einströmende, in seinem Rückflusse aus der Schädelhöhle gehemmte Blut durch den Druck der erweiterten Gefässe einen höchstgradigen, sich auf die sensoriellen und motorischen Bahnen fortpflanzenden, mit psychischer Aufregung verbundenen, zur unaufhaltsamen wilden motorischen Entladung drängenden Hirnreiz, ein zeitweiliges Aussersichsein, das mit dem Aufhören des fluxionären Zustandes wieder schwindet. Verglichen mit anderen Psychosen, bei denen sich weder am lebenden Kranken noch an dessen Leiche häufig auch nur das geringste materielle Moment der Geisteskrankheit nachweisen oder auch nur vermuthen lässt, gewährt uns die transitorische Tobsucht doch wenigstens einen, wenn auch spärlichen so doch schätzenswerthen Einblick in ihre somatische Grundlage und zeigt uns wenigstens die palpable Ursache der im Gehirn transitorisch vor sich gehenden pathologischen Veränderung. Dass der Symptomen-Complex der Tobsucht überhaupt auf Wallungs-Symptomen beruhe, wird ziemlich allgemein angenommen (Emminghaus). Namentlich Professor Meynert vertritt mit Entschiedenheit diese vasomotorische Theorie, welche durch den Umstand, dass auch bei anämischen Zuständen Tobsuchtsanfälle (in Folge fluxionärer Hyperämie in einzelnen Partien des Gehirnes) eintreten können, nicht alterirt wird. Wir glauben, dass die typisch-transitorische Tobsucht in der Regel durch eine vasomotorische Fluxions-Hyperämie in der Rinde des Vorderlappens des Grosshirnes ausgelöst werde. Für diese Ansicht sprechen nicht nur die bekannten Sectionsbefunde sowohl bei der reinen Tobsucht, als bei der mit Symptomen der Tobsucht verlaufenden Dementia paralytica (Simon), sondern auch die Thatsache, dass selbst die gewissenhafteste und scrupulöseste physikalische Untersuchung der mit der typisch-transitorischen Tobsucht behafteten Individuen in allen Fällen ein gänzlich negatives Resultat ergab.

Dieses Factum schliesst jedoch in keinem Falle aus, dass auch die auf körperlichen Veränderungen beruhenden Fluxions-Hyperämien einer transitorischen Tobsucht zu Grunde liegen können.

Wie sich schon aus dem Begriffe der transitorischen Tobsucht ergeben muss, geht sie stets rasch der Heilung entgegen, von letalem Ausgange und Sectionsbefunden kann daher bei ihr nie die Rede sein. Wohl wäre der Fall nicht unmöglich, dass der Tod zwar nicht durch den Tobsuchtsanfall selbst, wohl aber durch ein von diesem herbeigeführtes secundäres Leiden einträte (siehe weiter unten), und sollte da bei der eventuellen Autopsie kein kenntliches Zeichen einer Wallungs-Hyperämie vorgefunden werden, so ändert dies an dem Thatbestande der factisch dagewesenen Fluxionshyperämie nichts, denn die Congestionen zur Rinde können, wie Emminghaus sagt, mit dem Tode oder selbst während der Agonie verschwinden. Auch glauben wir kaum, dass man erweiterte Rindengefässe oder punktförmige Hämorrhagien in der Rindensubstanz vorfinden würde, wie solche bei schweren Tobsuchtsformen vorzukommen pflegen, denn nach unserer Meinung könnte das eventuelle Ableben nur in jenen wohl seltenen Fällen eintreten, wo für das Leben wichtige Centren bei der Attaque in Mitleidenschaft gezogen werden, und selbst da würde man kaum pathologische Veränderungen antreffen, da dieselben zugleich mit dem Leben verschwinden könnten. Ein solcher seltener Fall, dass die (sonst transitorische) Tobsucht zum Tode führte, wäre, wenn sie die Berstung einer miliaren Aneurysme nach sich zöge, was eben in Folge der den Anfall auslösenden Hyperämie nicht unmöglich erscheint, obwohl allerdings selten, weil solche miliare Aneurysmen gerade im Bezirke der Rindensubstanz, dem Auslös-Orte der transitorischen Tobsucht, am seltensten vorzukommen pflegen.

Art. VI.

Aetiologie und Pathogenese im Allgemeinen.

Die transitorische Tobsucht entsteht, wie in der Regel jede Psychose, durch ein Zusammenwirken prädisponirender

und occasioneller Momente. Zuweilen lassen sich die letzteren, aber nur ausnahmsweise die ersteren nachweisen, nicht selten jedoch ist es unmöglich, das eigentlich krank machende Agens überhaupt sicherzustellen und in der Verkettung der mehrfachen reciprok auf einander wirkenden störenden Einflüsse das erste und letzte Glied ausfindig zu machen. Die Erfahrung lehrt uns wohl einige ätiologische Momente, welche die transitorische Tobsucht erzeugen, kennen, aber keineswegs alle, und auch die bekannten können wohl, müssen aber nicht die benannte Psychose zur Folge haben; sie sind nicht stets und ausnahmslos wirksam und gehen nicht nur bei anderen Individuen, sondern auch bei demselben Individuum zu anderer Zeit effectlos vorüber. Jedes Causalmoment hat daher nur einen relativen (individuellen), keines einen absoluten Werth.

Oft sind keine wahrnehmbaren psychischen oder somatischen Erscheinungen vorausgegangen, kein Anhaltspunkt zur Erklärung des ätiologisch-pathogenetischen Vorganges und Zusammenhanges ist zu entdecken, die Entstehung der Psychose scheint unbegreiflich. Eine (oder mehrere) plötzlich und unerwartet auf das Gehirn einwirkende Schädlichkeiten, welche entweder im Allgemeinen oder in Rücksicht auf die besondere individuelle (wenn auch nur zeitweise) Prädisposition des Betreffenden solchen nachtheiligen Einfluss auf sein Cerebral-System hervorbringen können, bewirken den Ausbruch. Aber eben aus dem Grunde, weil dasselbe Causalmoment nicht ausnahmslos und bei Jedermann dieselbe Wirkung hervorzurufen vermag, muss angenommen werden, dass sich bei dem Betreffenden ein mehr oder minder latenter Krankheitskeim, ein pathologisch vorbereiteter Boden vorfindet, der bei Anderen ermangelt, und es kann bei vorhandener starker Prädisposition ein selbst geringfügiger äusserer Anlass den Ausbruch herbeiführen. Dass Aetiologie und Pathogenese der transitorischen Tobsucht im Allgemeinen weit weniger bekannt sind, als vielleicht möglich wäre, hat nicht sowohl in der Schwierigkeit des Gegenstandes als vielmehr darin seinen Grund, dass diese transitorische Psychose verhältnissmässig weit seltener Object der ärztlichen Beobachtung ist als andere Seelenstörungen. Da ihr kein oder mindestens kein länger dauerndes Prodro-

malstadium vorausgeht, ist kein Arzt Zeuge ihres Entstehens. Die Krankheit verläuft so rasch als sie ausgebrochen ist; nicht selten wird der pathologische Charakter der Erscheinung von der Umgebung des Kranken verkannt, die Zuziehung eines Arztes unterlassen, und selbst wenn zu letzterem die Zuflucht genommen wird, ist dessen Bemühung, den ätiologisch-genetischen Zusammenhang der Krankheit zu erforschen, häufig eine vergebliche. Er ist, wenn er nicht überhaupt wegen der Kürze der Krankheitsdauer zu spät kommt, nur Zeuge des Paroxysmus oder des Stadii decrementi und kann weiter nichts als die Symptome beobachten. In den meisten Fällen sind ihm der Kranke und seine Antecedentien unbekannt, er bleibt aus Mangel aller nothwendigen anamnestischen Daten und sonstiger Anhaltspunkte nur auf die vagen, dürftigen und gewöhnlich ungenauen und unzuverlässigen Aussagen des Kranken und seiner Umgebung angewiesen und sieht sich so ausser Stande, eine gründliche und objective Krankengeschichte zu verfassen und das ätiologische Moment der Psychose mit wissenschaftlicher Sicherheit festzustellen.

Art. VII.

Prädisposition. Innere Ursachen.

Das ätiologische Moment der transitorischen Tobsucht kann keineswegs in blos äusseren schädlichen Einflüssen gelegen sein, da erwiesenermassen jedes occasionelle Moment nur relativen individuellen Werth besitzt, dieselbe schädliche Potenz nicht ausnahmslos bei Jedermann dieselbe nachtheilige Wirkung hervorbringt, ja selbst bei demselben Individuum nicht jederzeit und unter allen Umständen ihren krankmachenden Einfluss äussert. Die von aussen einwirkende Schädlichkeit kann wohl, muss aber nicht eben zur transitorischen Tobsucht führen; wenn sie nun in dem einen Falle eine Wirkung äussert, die im anderen ausbleibt, so muss, obwohl sich nur in manchen, keineswegs in allen Fällen ein solches, das Entstehen der transitorischen Tobsucht begünstigendes somatisches Leiden nachweisen lässt und der tiefer liegende Grund keines-

wegs immer klar vorliegt, unbedingt angenommen werden, dass in dem betroffenen Individuum zufolge allgemeiner oder localer organischer Verhältnisse eine bei anderen Individuen nicht vorhandene Eigenthümlichkeit des Gehirnes und Nervensystems auf gewisse schädliche Einflüsse in Form der transitorischen Tobsucht zu reagiren bestehe. Ob ein causales Moment wirke, ist ganz und gar von der Beschaffenheit und Constitution des Individuums abhängig. Ein vielleicht seit Jahren bestehendes latentes Leiden, das selbst bei ganz ähnlichen früheren Veranlassungen nicht zur transitorischen Tobsucht führte, eine angeborene oder erworbene Reizbarkeit des Cerebralsystems, zu der oft länger andauernde schädliche Einwirkungen den Grund gelegt haben, wirkt mitbedingend zum Ausbruch; der prädisponirte Organismus, das von krankmachenden Ursachen leichter afficirbare Gehirn reagirt gegen die von aussen kommende Schädlichkeit nicht kräftig genug, und gewisse, selbst unbedeutende schädliche Einflüsse, die bei ganz gesunden, nicht prädisponirten Individuen ohne nachtheilige Wirkung vorübergegangen waren, führen endlich auf dem längst vorbereiteten Boden plötzlich den furibunden Tobsuchtsanfall herbei.

Da der Ausbruch der transitorischen Tobsucht, wie wir im Art. V auseinandergesetzt haben, wesentlich durch fluxionäre Gehirnhyperämien bedingt ist, von denselben in der Regel eingeleitet und der Paroxysmus ausnahmslos von solchen begleitet wird, ergibt sich folgerichtig aus der Natur dieser Thatsache, dass alle jene angeborenen oder erworbenen körperlichen Krankheitszustände, welche ihrem Begriffe nach mit solchen Gehirncongestionen einhergehen oder mit besonderer Tendenz zu denselben verbunden sind, beim Hinzutreten gewisser occasioneller Momente den Ausbruch der transitorischen Tobsucht begünstigen. Jede Beschaffenheit der Körperconstitution, welche die Blutcirculation in dieser Richtung beeinflusst, Blutandrang zum Gehirn, habituelle Kopfcongestionen und Wallungen herbeiführt, prädisponirt bei Hinzutritt occasioneller Ursachen auch insbesondere zur Entstehung von transitorischen Tobsuchtsausbrüchen. Intercurrirende secundäre Krankheiten üben nur insoferne einen prädisponirenden Einfluss, als sie

nebstbei auch auf die regelmässige Circulation des Blutes eine quantitativ abändernde Wirkung besitzen und fluxionäre Blutüberfüllung des Gehirnes veranlassen können, nicht aber insoferne sie nur von fehlerhafter Blutqualität oder Ernährungsstörungen begleitet sind. Was insbesondere Anämie anbelangt, so kann sie wohl in jeder Form, sowohl als acute als subacute und chronische, die verschiedensten Symptome psychischer Processe hervorrufen; aber obwohl Leidesdorf behauptet, dass anämische Zustände, hauptsächlich wenn sie sich rasch entwickeln, insbesondere Tobsucht herbeizuführen geeignet sind, sind wir dennoch der Meinung, dass die Anämie bei Entwicklung der tobsuchtartigen Psychosen eine weit geringere Rolle spiele als ihr im Allgemeinen zugeschrieben wird, und glauben begründen zu können, dass sie insbesondere einen transitorischen Tobsuchtsanfall in unserem Sinne nur ausnahmsweise auszulösen vermöge, und dass alle in Folge von Anämie entstehenden Psychosen von der transitorischen Tobsucht sowohl durch die Länge der Dauer als durch die nur allmälige Entwicklung und durch den ganzen Verlauf wesentlich sich unterscheiden.

Unseres Erachtens sind anämische Zustände vorwiegend zur Herbeiführung melancholischer Formen prädisponirend, wofür die Autopsie in unzähligen Fällen den Beweis geliefert hat. Schüle bezeichnet als charakteristisches Symptom für diese Formen die Blutarmuth der Corticalis. Ripping fand Anämie der Hirnrinde in ganz frischen Fällen von Melancholie. Meynert erklärt Anämie der Rinde für einen verhältnissmässig sehr häufigen Befund bei Schwermüthigen. Nach Emminghaus sind wohlverbürgte Fälle bekannt, in welchen ein heftiger psychischer Shok Melancholie mit raschem Uebergange in Stupor und Bewusstlosigkeit erzeugte und in wenigen Tagen zum tödtlichen Ausgange führte, wo dann bei der Section Anämie des ganzen Hirnes sich herausstellte. Die Ansicht, dass der Symptomen-Complex der Schwermuth durch ungenügende Zufuhr arteriellen Blutes zum Gehirn hervorgerufen werde, ist nach Emminghaus insoferne begründet, als z. B. bei Sinus thrombose auch Melancholie beobachtet wird und Schwermuth durch solche Mittel beseitigt oder doch gemildert werden kann,

welche Hirnhyperämien bewirken, z. B. Amylnitrit (Meynert, Schramm, Hoestemann, v. Rokitansky, K. Balogh, Loebisch).

Was nun insbesondere jene Form der Anämie anbelangt, welche man als die acute bezeichnet und die hauptsächlich in Folge starker Blutverluste entsteht, so äussert sie sich gewöhnlich nur durch von Bewusstseinspausen unterbrochene Ohnmacht, welcher Schwindel, Angstgefühle, Undeutlichkeit der Apperception (letzteren Begriff im Sinne Professor Wundt's genommen) äusserer Eindrücke, Ohrensausen, Schwarzsehen und Hemmung der Gedanken-Association vorausgehen. War der Blutverlust mässiger, so entfällt zuweilen die Ohnmacht, es sind nur die übrigen eben angedeuteten Erscheinungen vorhanden, bisweilen kommt es zur Bewusstseins-Umneblung, zu Sopor mit psychischer Lust (Emminghaus). Nie aber vermag eine solche acute Anämie an und für sich dergestaltige Reizungszustände der Hirnrinde hervorzurufen, welche die transitorische Tobsucht auslösen könnten, schon aus dem Grunde nicht, weil diese Gattung der Anämie gänzlich ausserhalb des Bereiches der vasomotoriellen Veränderung steht und bei ihr der Krampf und Lähmungszustand, jene Hauptbedingung, fehlt, welche, wie wir später sehen werden, einzig und allein die Auslösung transitorischer Tobsuchtsanfälle auch bei Anämie bewirken können. Dass die chronische Anämie schon ihrem Wesen nach nicht geeignet ist, Psychosen von vehementer Entwicklung und raschem Verlaufe hervorzurufen, dürfte wohl keines weiteren Beweises bedürfen.

Es wäre gegen alle Erfahrung und der Natur der Krankheit widersprechend, wenn es bei dieser Gattung von Anämie bei einem einzigen, später nie mehr wiederkehrenden Tobsuchts-Paroxysmus verbliebe. Es werden sich nach dem Gesetze der Periodicität wohl in Intervallen wiederkehrende gemeine Tobsuchtsanfälle, nie aber einzelne oder wiederholte typisch-transitorische Tobsuchts-Paroxysmen entwickeln können. Dies wird im Ganzen und Grossen genommen auch von der (ihrem Begriffe nach sehr dehnbaren) subacuten Anämie zu gelten haben, bei welcher wohl die verschiedensten psychischen Anomalien beobachtet wurden, bei der aber die psychische Depression bis zum Stupor vorherrscht (Emminghaus). Wenn

nun aber, wie wir schon oben angedeutet haben, anämische Zustände dennoch ausnahmsweise transitorische Tobsuchtsanfälle zur Folge haben können (beziehungsweise fluxionäre Gehirn-Hyperämien zu bewirken im Stande sind), so ist solches unserer Meinung nach nur in folgenden zwei Fällen möglich, und zwar erstens: Wenn die (acute) Anämie durch einen vasomotorischen Krampf erzeugt wird, so folgt letzterem ein Lähmungszustand der vom Krampf betroffenen Gefässe, und es ist möglich, dass die dadurch in diesen Gefässen entstandene secundäre Hyperämie einen transitorischen Tobsuchtsanfall auslöse, dessen Dauer von jener des Lähmungszustandes selbst abhängig ist. Die Hyperämie braucht hier keineswegs stets eine erhebliche zu sein, denn schon eine ganz mässige vermag anbetrachts des Vorhandenseins zweierlei Reizungszustände den Tobsuchtsanfall herbeizuführen. Solches mag insbesondere in Fällen plötzlichen Schreckens der Fall sein und liessen sich daraus auch manche ungerechtfertigt scheinende Nothwehr-Ueberschreitungen erklären. — Zweitens: Bei der auf einem vasomotorischen Krampfzustand basirenden Anämie kann sich in Folge der Herauspressung des Blutes nach einer anderen Gehirnpartie eine collaterale Fluxion in einem fremden Bezirke bilden und sich ein Tobsuchtsanfall auf hyperämischer Grundlage entladen, nur ist die Dauer desselben nicht wie sub 1 von jener des Lähmungs-, sondern von jener des Krampfzustandes abhängig.

Weiterhin müssen als prädisponirende Momente alle jene betrachtet werden, welche die Widerstandskraft des Central-Organes gegen die in Folge occasioneller Veranlassungen auftretenden Gehirnhyperämien wesentlich herabsetzen und die cerebrale Reizbarkeit erhöhen — mögen solche Zustände bereits angeboren, oder erst später erworben worden sein — daher jede wie immer entstandene Schwäche oder Erschöpfung des Nervensystems. Eine solche reizbare Schwäche kann erworben werden durch überanstrengende körperliche oder geistige Arbeit, durch Studien, Nachtwachen, ungeordneten Lebenswandel und Ausschweifung in Venere oder Baccho, durch anhaltende oder wiederholte heftige Affecte und Gemüthsbewegungen, wie Gram, Sorge, Bekümmerniss, durch Leiden-

schaften, die besonders bei nervöser Constitution die Ernährung herabsetzen, die Lebenskraft consumiren und das Gehirn, welches nicht in die Lage kommt, sich auszuruhen, stets in gereiztem Zustande erhalten, durch Schlaflosigkeit, durch alle früheren Anfälle von Psychosen, infantile oder spätere acute Krankheiten des Cerebralsystems (Entzündungen, Erschütterung des Gehirns) durch Trauma capitis, Typhus, Intermittens, Delirium tremens, durch gehabte oder bestehende Nervenleiden u. dgl., kurz durch alle geistig oder körperlich schwächenden, die Kräfte erschöpfenden Einflüsse.

Die häreditäre Belastung (Uebertragung gewisser psychopathischer Zustände von Ascendenten auf Descendenten im Wege der Zeugung), obwohl derlei erblich belastete Individuen sonst zu allen Arten von Psychosen besonders prädisponirt sind, ist anscheinend auf die Entstehung der transitorischen Tobsucht von keinem wesentlichen Einflusse; wenigstens ist sie keineswegs eine für die Pathogenese dieser psychischen Alienation unumgänglich nothwendige Voraussetzung. In keinem der von uns beobachteten zahlreichen Fälle war sie nachweisbar oder auch nur wahrscheinlich vorhanden, alle betrafen von geistig gesunden Eltern geborene Individuen, bei denen sich früher (wie auch später) nie eine psychische Abnormität, ein neuro- oder psychopathischer Zustand, der zur Annahme von häreditärer Belastung berechtigen würde, gezeigt hatte, obwohl wir allerdings die Schwierigkeit, eine solche erbliche Belastung mit Zuverlässigkeit überhaupt zu constatiren, nicht verkennen. Wer sich jemals der Aufgabe unterzogen hat, den Bestand oder Nichtbestand erblicher Prädisposition in concreten Fällen sicherzustellen, wird nicht selten aus Mangel genügender anamnestischer Daten und der Unmöglichkeit, die Antecedentien zu erforschen, blos zu dem Resultate gelangt sein, dass sich selbe „nicht nachweisen lasse", was freilich ihr wirkliches Vorhandensein nicht ausschliesst. Kennt der gemeine Mann doch häufig nicht einmal die Antecedentien seiner unmittelbaren Vorfahren genau, um wie viel weniger jene seiner entfernteren Ascendenten; die Angaben, die der Arzt hierüber erhält, sind mangelhaft oder „unzuverlässig". Obwohl es uns also, wie gesagt, in keinem Falle gelungen ist, häreditäre Belastung nachzuweisen,

so wollen wir denn doch nicht in Abrede stellen, dass Abkömmlinge von neuro- oder psychopathischen, oder trunksüchtigen Eltern, jene Gattung von Individuen, die oft ihr ganzes Leben hindurch an der Grenze physiologischer und pathologischer Geisteszustände stehen, sowie überhaupt allen psychischen Erkrankungen, auch der transitorischen Tobsucht leichter zugänglich sind. In manchen Fällen mag wohl diese transitorische Psychose der letzte Ausläufer einer in früheren Generationen bestandenen, in der Descendenz sich allmälig verlierenden, dem Central-Nervensystem innewohnenden Anlage zu Seelenstörungen sein.

Von wesentlichem Einflusse auf die Entstehung der transitorischen Tobsucht ist das Geschlecht. Männer sind dazu weit mehr, Frauen beinahe stets nur während des Puerperiums prädisponirt. Der Grund hiefür dürfte nicht sowohl in der Verschiedenheit des männlichen und weiblichen Organismus zu suchen sein — denn auch Frauen prädisponiren im Allgemeinen unter beinahe denselben Verhältnissen und aus denselben Ursachen zu fluxionären Gehirnhyperämien — als vielmehr in der verschiedenen socialen Stellung und den Lebensgewohnheiten des Weibes. Bei ihm entfallen wenigstens in der Mehrzahl zahlreiche, die Widerstandsfähigkeit des Gehirns gegen schädliche äussere Potenzen herabsetzende Momente, angestrengte, Geist und Körper erschöpfende Arbeiten, Ausschweifungen und Excesse, rohe Laster und aufreibende Leidenschaften, welche den Boden für die transitorische Tobsucht bei Individuen des stärkeren Geschlechtes so häufig präpariren, wie denn überhaupt das Weib auch gegen manche andere Psychosen nicht sowohl in Folge seines Organismus als wegen seiner besonderen socialen Stellung und von der des Mannes abweichenden Lebensweise geschützt ist; wir erinnern hier beispielsweise an die Dementia paralytica progressiva, zu welcher furchtbaren Krankheit das weibliche Geschlecht ein im Verhältniss zum männlichen geradezu auffallend geringes Contingent stellt. (Von den in unserer Anstalt im Verlaufe von 28 Jahren behandelten 1200 Kranken beiderlei Geschlechtes nur drei. Ebenso versichert uns unser Vater Dr. Franz Schwartzer, dass ihm während seiner langjährigen Praxis nur 5, und unser

sehr geehrter Freund Dr. Karl v. Bolyó, Primarius der Frauen-Abtheilung der königlichen Landes-Irrenanstalt, dass ihm während seiner gesammten Dienstzeit, während welcher er Tausende weiblicher Kranke zu behandeln hatte, kaum zwei oder drei Fälle einer Dementia paralytica progressiva vorgekommen seien.) Dass übrigens bei Frauen eben in Folge ihrer gesellschaftlichen Position und Lebensweise auch zahlreiche occasionelle Momente wegfallen, welche die transitorische Tobsucht zur Folge haben können, ist zweifellos. Was die Prädisposition einzelner Standes- und Berufsclassen zur transitorischen Tobsucht anbelangt, so ist der sociale Beruf und die Beschäftigung zwar ohne Einfluss, doch scheint sich insbesondere bei Militärpersonen in Folge der besonderen Standes- und Existenzverhältnisse häufig eine solche zu entwickeln, wobei aber nicht zu übersehen ist, dass auch die die transitorische Tobsucht mitbedingenden occasionellen Veranlassungen vielleicht bei keinem anderen Stande in solcher Menge und Häufigkeit auftreten. Körperermüdende Strapazen, Nachtwachen, mangelhafte Beköstigung, ungünstige Witterungseinflüsse, fortgesetzte dienstliche Conflicte und dadurch stets wachgehaltene Gemüths-Reizbarkeit, gekränkter Ehrgeiz, nicht seltene Excesse in Baccho und Venere setzen die Widerstandsfähigkeit des Centralorgans gegen äussere, schädlich wirkende Einflüsse herab. Das starre Subordinations-Verhältniss führt zu zahlreichen Conflicten mit Vorgesetzten oder Untergebenen.

Die durch solche hervorgerufenen Affecte des Aergers oder Zornes bilden dann die reichlich fliessende Quelle der den Ausbruch der Psychose veranlassenden Causalmomente. Dass transitorische Tobsucht bei Personen des Militärstandes verhältnissmässig so häufig in Erscheinung tritt, kann umsoweniger Wunder nehmen, als auch alle anderen Psychosen ihre Opfer relativ am häufigsten unter Militärpersonen, und zwar namentlich an Officieren, suchen (in unserer Heilanstalt zu Budapest beträgt die Anzahl der Officiere 20 bis 25 Procent aller Erkrankten).

Betreffend das Lebensalter lässt sich behaupten, dass die transitorische Tobsucht nur bei Personen in mittleren Jahren (etwa vom 20. bis zum 60.) auftrete. Von Kindern ist uns nur

ein (vide Art. XX, Fall 14), von Greisen kein einziger Fall bekannt geworden.

Klimatische Verhältnisse und Nationalität scheinen keine besondere Prädisposition zu bedingen. Auch besondere Schädelbildung hat keinen nachweisbaren Einfluss. Ebenso besondere Lebensstadien und Entwicklungsphasen, die, wie z. B. die Pubertätsentwicklung, Menstruation, Gravidität, Lactation und das Climacterium, sonst vorzüglich zur Entstehung von Psychosen prädisponiren. Weder aus eigener Erfahrung, noch aus der Literatur ist uns ein derartiger Fall bekannt. Von gleich unwesentlichem Einflusse sind auch im Allgemeinen Temperamentbildung und Gesittung. Sanfte und ruhige können ebenso gut wie jähzornige Individuen, Leute von feiner Bildung und untadelhafter Moralität ebenso wie rohe und lasterhafte Menschen von transitorischer Tobsucht befallen werden.

Art. VIII.

Aeusserer Anlass. Occasionelle Ursachen. Causal-Moment.

Damit die transitorische Tobsucht entstehen könne, ist ausser der vorhandenen Prädisposition des Central-Nervensystems das Hinzutreten einer occasionellen Ursache, eines äusserlichen Anlasses erforderlich, der, um den Erfolg herbeizuführen, um so stärker oder schwächer zu sein braucht, als die bestehende innere Ursache (Prädisposition) mehr oder weniger entwickelt ist. Obwohl nun manche dieser Gelegenheits-Ursachen, welche rasch und unmittelbar den Ausbruch der transitorischen Tobsucht bewirken, wahrnehmbar und bekannt sind, so ereignen sich doch auch nicht selten Fälle, in welchen es schwer oder gar nicht möglich ist, dieselbe zu eruiren und wissenschaftlich sicherzustellen. Die Psychose bricht häufig ohne alle sichtbare Veranlassung aus, ihre Entstehung erscheint unerklärlich und unmotivirt, allein da alle Vorgänge und Erscheinungen in dieser Welt durch das Causalitätsgesetz bedingt sind, muss auch für das Entstehen der transitorischen Tobsucht ein causales Moment vorhanden sein, wenn es sich auch in vielen Fällen

ebensowenig wie die vorhandene Krankheits-Prädisposition nachweisen lässt. Da diese Art Psychose stets auf einer activen Gehirnhyperämie beruht und mit derselben unzertrennlich verbunden ist, ergibt sich von selbst, dass alle jene occasionellen Momente und Umstände, welche auf die Vertheilung des Blutes im Organismus und namentlich im Gehirne Einfluss haben, alle äusseren Anlässe, welche eine fluxionäre Hyperämie des Gehirnes nothwendig zur Folge haben müssen oder doch leicht erzeugen können, oder vorhandene Fluxionen befördern, kurz alle Factoren, aus denen erfahrungsgemäss eine tiefe quantitative Störung des Blutes resultirt, auch als ebenso viele äussere Anlässe zur Entstehung der transitorischen Tobsucht gelten müssen. Dass man die Wirkung derselben und den Causalnexus nicht wohl erklären könne, sowie, dass derartige Momente nicht stets wirken, beweist nichts dagegen; auch bei Krankheiten anderer Organe, die wir doch einer genaueren Untersuchung unterwerfen können als das Gehirn, ist eine Einsicht in den Causalnexus zwischen Ursache und Wirkung in der Regel ausgeschlossen.

Solche fluxionserzeugende und befördernde äussere Einflüsse sind insbesondere und am häufigsten vorkommend, daher auch am bekanntesten:

Geistige Getränke. Ihre Wirkung auf Gehirn und Nervensystem ist allgemein bekannt. Jeder selbst geringe Uebergenuss alkoholischer Getränke hat Hirnhyperämie zur Folge.

Affecte und Gemüthsbewegungen, und zwar nicht sowohl die depressiven (wie Angst, Schreck, Bestürzung, Gram), als vielmehr die fluxionsbefördernden expansiven (Aerger, Zorn).

Ein derartiger Affect, der keineswegs stets eine wichtige Veranlassung gehabt haben muss (oft nur eingebildete Beleidigung oder einfacher Widerspruch), ist oft die einzige erkennbare vorliegende äussere Veranlassung des furchtbarsten Tobsuchts-Paroxysmus, ohne dass eine nachhaltig wirkende moralische Ursache vorausgegangen wäre. Aber in allen Fällen können Affecte nur als eine zur krankhaften Gehirn-Prädisposition hinzutretende Gelegenheitsursache, nie als der einzige und selbstständige Entstehungsgrund der transitorischen Tobsucht angesehen werden. Von einer rein psychologischen Be-

gründung kann bei dieser Psychose ebensowenig, wie bei einer anderen die Rede sein. Der psychische Anlass ist in der Regel unbedeutend und für sich allein nie genügend, einen so furchtbaren Tobsuchts-Paroxysmus hervorzurufen, er kann nur in der Kette der Ursachen mitwirken, so zu sagen als letzter Tropfen das volle Gefäss zum Ueberlaufen gebracht haben. Auch wo der Affect (psychisch-moralische Ursache) scheinbar allein den Ausbruch der Tobsucht verursacht, war jedenfalls schon das materielle Organ der Psyche erkrankt; es wäre absurd, anzunehmen, dass bei einem völlig gesunden Individuum eine oft ganz geringfügige und unmotivirte Gemüths-Alteration in der Form der transitorischen Tobsucht zum Ausdruck gelange. Die Gemüthsbewegung war also in solchem Falle nicht die Ursache, sondern nur der Anlass zum Ausbruche der Psychose; der Boden war schon in somatischer Beziehung dafür krankhaft präparirt und der Affect hat eben nur wie eine andere äusserliche Schädlichkeit gewirkt.

Körperliche oder geistige Ueberanstrengung. Besonders letztere führt häufig zu Blutüberfüllung des Hirns und Erregung.

Wochenbett (Puerperium) siehe Art. XXXIII.

Rascher Temperaturwechsel oder auch nur längerer Aufenthalt in grosser Hitze. Uebergang aus Kälte in stark geheizte Localitäten erzeugt häufig Blutandrang zum Hirn.

Indigestionen und gastrische Störungen (Obstruction). Dieses ätiologische Moment dürfte auch in dem von Casper-Liman, Krafft-Ebing u. A. mitgetheilten berühmt gewordenen Falle des Staatsrathes Lemke das hauptsächlich veranlassende gewesen sein.

Kohlenoxydgas bei seiner anerkannt narcotischen, fluxionsbefördernden Wirkung. Siehe den von Professor Hofmann in der Versammlung der Wiener Aerzte besprochenen (Mittheilung des medicinischen Doctoren-Collegiums in Wien vom 10. März 1879), geradezu classischen und typischen Anfall von transitorischer Tobsucht des in seiner kleinen, mit Kohlen geheizten Cajüte eingeschlafenen Schiffscapitäns.

Ausser diesen gewöhnlichsten, durch Erfahrung und Wissenschaft sichergestellten Causalmomenten, denen sich zuverlässig

noch viele, wenn auch minder bekannte analoge, zugesellen, wirken zur Entstehung der transitorischen Tobsucht noch in der Regel andere äussere Umstände, zufällige Einflüsse als entferntere ätiologische Momente mit, die zwar für sich allein zur Herbeiführung der Psychose nicht genügen, aber in ihrer Gesammtheit oder durch ihr Verbundensein mit stärkeren ätiologischen Momenten an der Entstehung der Tobsucht mitbetheiligt sind, oder selbe begünstigen und befördern, z. B. sexuelle Erregung, Erhitzung durch Tanz, Wortwechsel und Streit, dicke, schwüle Luft des Aufenthaltsortes, dem Getränke beigemischte narcotische oder stimulirende Substanzen etc. Auch atmosphärische, meteorologische und klimatische Verhältnisse sind keineswegs ohne Einfluss, insbesondere aber die Jahreszeit, wie es denn eine jedem Irrenarzte bekannte Thatsache ist, dass die wärmere Jahreszeit den Ausbruch und Exacerbationen der maniacalischen und Tobsuchtsformen hauptsächlich begünstigt. Besondere Betonung glauben wir noch auf den Umstand legen zu sollen, dass die transitorische Tobsucht ebensowenig wie eine andere Psychose aus einer einzigen Ursache allein sich entwickelt; stets wirkt bei ihr eine Concurrenz und Complication von mehreren ätiologischen Momenten, ein Complex von Schädlichkeiten zusammen, und ist dabei die Reihenfolge und Bedeutung der einzelnen Momente schwer zu beurtheilen, selbst wenn dieselben bekannt sind. Man kann von den verschiedenen einzelnen schädlichen Einwirkungen, welche im concreten Falle direct oder indirect im Vereine das Gehirn afficiren (z. B. Alkohol, Hitze, Zornaffect, Ermüdung), nicht mit Bestimmtheit ein einzelnes als den Hauptfactor namhaft machen. Dass jedes Causalmoment keinen absoluten, sondern nur einen relativen Werth besitze, und dass es ausschliesslich von der Prädisposition des betreffenden Individuums abhänge, ob der äussere Anlass bei selbem wirke oder nicht, haben wir schon im vorigen Artikel des Näheren auseinandergesetzt. Manche schädliche äussere Einflüsse auf den Organismus führen, obwohl sie anderweitige, oft sehr heftige vorübergehende psychische Alterationen im Gefolge haben, doch niemals die transitorische Tobsucht herbei. Hiezu gehören die übrigen Narcotica, die Aetherea und alle jene Substanzen,

welche das Blut nicht sowohl in quantitativer als in qualitativer Beziehung afficiren; desgleichen führen Kopftraumen, Gehirn-Erschütterungen, äussere Verwundungen, Neuralgien zwar häufig Blutandrang nach dem Kopfe und Reizungszustände des Gehirns herbei, aber auch in solchen Fällen haben die entstandenen psychischen Alterationen einen von der transitorischen Tobsucht wesentlich verschiedenen symptomatischen Verlauf und andere kritische Lösung.

Art. IX.

Prodromale Anzeichen.

Die transitorische Tobsucht unterscheidet sich von der gewöhnlichen Tobsucht, wie auch von allen anderen Seelenstörungen vorzüglich durch den gänzlichen oder beinahe gänzlichen Mangel der jedem Irrenarzte wohlbekannten längeren Vorboten, welche den übrigen Psychosen in der Regel vorangehen. Sie wird durch keine länger dauernde physiologisch erklärbare oder krankhafte expansive oder depressive Verstimmung, durch keine auffallende Aenderung im Charakter, überhaupt durch keinen allmäligen, Wochen oder Monate lang währenden Process angebahnt oder vorherverkündigt; die ihr etwa vorausgehenden wenigen leichten und schnell entschwindenden Symptome lassen keine Vermuthung dessen, was da folgen wird, entstehen. Ohne dass besonders bemerkenswerthe somatische Störungen oder geistige Anomalien vorausgegangen wären, bricht plötzlich und unvermittelt der Uebergang von der Ruhe zur höchsten motorischen Erregung, von voller Besinnung zur Unbesinnlichkeit und zum wildesten, unter den acutesten Symptomen verlaufenden Zornparoxysmus herein, dem kurzen Invasionsstadium folgt augenblicklich die Akme. Weder der Kranke noch seine Umgebung haben vorher etwas Abnormes oder Auffälliges bemerkt, oder das etwa Wahrgenommene wurde von ihnen als unbedeutendes Uebelbefinden nicht beachtet; auch dauert dasselbe in der Regel kaum so lange, um daraus Besorgniss oder Verdacht zu schöpfen, als auch schon ohne erkennbares weiteres Motiv der Ausbruch

der Krankheit erfolgt und blitzschnell seinen Höhepunkt erreicht.

Wenn sich überhaupt bemerkbare Vorboten einstellen, sind sie vorwiegend mehr somatischer als psychischer Natur. In letzterer Beziehung geht zuweilen eine gewisse düstere Aufregung und Unruhe, eine Art Unbesinnlichkeit, Verwechslung der Dinge und Verkennen der Umgebung, eine erhöhte Gemüthsreizbarkeit und Intoleranz gegen jeden Widerspruch voraus. Zumeist aber leiten somatische Symptome, congestionirtes Aussehen, Gesichtsröthe, intensives Kopfweh, Gefühle von Druck, Stechen, Hämmern oder Klopfen im Kopfe, vage Gemeingefühls-Alterationen und ein gewisses Gefühl von Unbehagen den Anfall ein, nicht selten verbunden mit beängstigendem Herzklopfen, Asthma, Schwindel, plötzlichem Starrwerden des Gesichtsausdruckes, verwirrtem Umsichsehen, Schweiss auf der Stirne, Ohrensausen und Farbensehen, und nach einigen Minuten beginnt der Kranke eine drohende Stellung anzunehmen und rücksichtslos zu rasen und zu wüthen.

Die hier geschilderten körperlichen und psychischen Prodromal-Symptome sind aber weder insgesammt, noch theilweise erforderlich, noch auch in jedem concreten Falle wahrnehmbar. In der Mehrzahl der Fälle fehlt es sogar an allen (wenigstens deutlich bemerkbaren) einleitenden Anzeichen; wenn aber auch letztere auftreten, sind sie stets nur von sehr kurzer, einen Zeitraum von wenigen Minuten, höchstens einer Viertelstunde, nicht übersteigender Dauer.

Art. X.

Motorische Erregung.

Die transitorische Tobsucht besitzt, wie jede andere Art der Tobsucht, ihr hauptsächliches Charakteristicum in der spontan auftretenden, nicht durch den Vorstellungsverlauf vermittelten, sondern durch den obwaltenden hochgradigen Gehirnreiz ausgelösten unwillkürlichen und unaufhaltsamen, durch den Willen nicht beherrschbaren intensiven motorischen Erregung, in einem krankhaft gesteigerten zügellosen Bewegungs-

triebe, der aber nicht, wie bei einzelnen milder auftretenden Tobsuchtsanfällen, in mehr oder minder harmloser, unschädlicher Ruhe- und Rastlosigkeit verläuft, sondern sich als wilder Zornparoxysmus mit furchtbarem, blindwüthigem Zerstörungs- und Vergewaltigungsdrange geltend macht. Die intensive, im Central-Nervensystem stattfindende spontane Reizung dehnt sich mit gleicher Intensität vorzüglich auf den motorischen Apparat aus, die Reizung geht, wie überhaupt so leicht alle sensoriellen Irritationen, auf die motorischen Bahnen über, so dass es zu heftigen, nicht endenden Körperbewegungen kommt, welche also nicht durch leitende Vorstellungen und den Willen hervorgerufen werden, sondern sich unwillkürlich, triebartig, mechanisch, quasi automatisch vollziehen. Es waltet hier nur ein krankhafter Bewegungsdrang, ein unwiderstehlicher Trieb zum Muskelgebrauche, ein ziel- und zweckloses Bedürfniss, Kraft zu äussern, ob, ungemein rasch und wechselnd, ungestüm, impulsiv, ja beinahe convulsivisch in Folge des unaufhörlichen heftigsten cerebrospinalen Reizes, ein organischer Zwang, ein blos sinnlicher, zur schrankenlosen Entladung drängender Bewegungstrieb. Nicht blos einzelne willkürliche Muskeln, sondern der gesammte motorische Apparat ist in unaufhörlicher Bewegung, die gesammte motorische Sphäre ist zwangsweise ergriffen, und da die Erregung nothwendigerweise so lange andauern muss, als ihre Ursache, der sie veranlassende cerebrale Reiz, fortbesteht, erhält sie sich mit diesem auch stets auf gleicher Intensitätshöhe, selten steigend oder fallend, und es scheitert jeder Versuch der Beschwichtigung, so lange es nicht gelungen ist, den zu Grunde liegenden organischen Reizungszustand zu beheben. Zugleich aber sind alle diese Zwangsbewegungen (was, wie schon mehrfach erwähnt, nicht bei jeder Art der Tobsucht der Fall sein muss) von höchster Intensität, von wilder Kraft und Stärke, der höchstgradigen Intensität des stattfindenden cerebrospinalen Reizungszustandes entsprechend. Nicht aber in dieser Stärke der Bewegungen allein (oder auch nur hauptsächlich) ist der Grund gelegen, dass die transitorische Tobsucht unter Erscheinungen ganz besonderer feindseliger Gewaltthätigkeit gegen Andere, eines ersichtlichen Vernichtungs- und Zerstörungsdranges sich geltend macht. Die

Zwangsbewegungen bei der transitorischen Tobsucht sind, wie überhaupt auch bei anderen Arten der Tobsucht, an und für sich objectlos, ohne Plan und Ziel, gewissermassen sich Selbstzweck, ohne bestimmte Richtung. Welche Richtung nach aussen die an und für sich indifferente motorische Erregung der Muskeln bei der Tobsucht überhaupt einschlägt, hängt nicht sowohl von der Intensität und Heftigkeit dieser Erregung, als vielmehr von dem begleitenden Vorstellungs- und Gefühlsleben ab; letzteres vorwiegend bestimmt, in welcher Weise, ob ungefährlich oder gewaltthätig und zerstörend, sich die motorische Erregung nach aussen kundgebe.

Da nun, wie wir schon früher erwähnt haben und später ausführlicher auseinandersetzen werden, die transitorische Tobsucht stets mit einem spontanen Wuthaffecte der heftigsten Art verbunden einhergeht, der Kranke sich in Folge fälscher Perception der Aussenwelt und des Auftretens massenhafter Sinnes-Delirien von furchtbaren imaginären Feinden umgeben glaubt, die ihn unausgesetzt verfolgen und denen er nie genügende Abwehr zu leisten vermag, erklärt sich ohne Schwierigkeit die in Anfällen von transitorischer Tobsucht auftretende blinde, rücksichtslose, nie gesättigte, schonungslose, oft bestialische Zerstörungs- und Vernichtungsthätigkeit zum Zwecke der eigenen Vertheidigung und Befriedigung seines Zorn- und Rachegefühles. Der wüthende Zorn, welchen der Kranke gegen seine eingebildeten Bedroher und Feinde empfindet, verleiht dem an und für sich objectlosen motorischen Bewegungsdrange seine bestimmte, wenigstens bei dem vorhandenen Bewusstseins-Inhalte des Zieles dunkel bewusste zerstörende Richtung. Jede dunkle Gemeingefühls-Empfindung, jeder äussere Vorgang oder innere Reiz, der sich reflectorisch auf die motorischen Bahnen fortgepflanzt hat, jede Vorstellung oder Gefühl drängt nach aussen zu einer Entladung, welcher das Gepräge sinnloser feindseliger Wuth aufgedrückt ist. Dass nicht die Stärke des motorischen Dranges allein, sondern eben nur der begleitende Wuthaffect der Tobsucht ihren gefährlichen zerstörenden Charakter nach aussen verleihe, ist auch daraus ersichtlich, dass, wie schon Leidesdorf sehr wahr bemerkt, der Tobsüchtige nie sich selbst etswas zu Leide thut, was wir aus unserer eigenen

Erfahrung bestätigen können. Wenn sich nicht selten Fälle ereignen, dass Tobsüchtige ihre eigenen Sachen blindwüthig zerstören oder gegen ihre eigenen, oft liebsten Angehörigen wüthen, so geschieht dies eben nur deshalb, weil sie in Folge falscher Apperceptionen und von Sinnestäuschungen ihre Umgebung gründlichst verkennen. Die Menge und Heftigkeit der Bewegungen wirkt ihrerseits wieder erhöhend auf den Reizungszustand des Gehirns und auf die Intensität des Wuthaffectes zurück, und letzterer, der bekanntlich, wie alle expansiven Gemüthsbewegungen, für die Zeit seiner Dauer die Körperkräfte verdoppelt und verdreifacht, führt bei dem Tobenden eine oft bis zum Unglaublichen gesteigerte Leistungsfähigkeit, Ausdauer und Energie der ohnehin schon durch den motorischen Drang unnatürlich gespannten, in ausserordentliche Thätigkeit versetzten Muskeln herbei; die Steigerung der Kraft nimmt ferner in dem Masse zu, als sie ausgeübt wird, der Kranke agirt mit ungewöhnlicher Leichtigkeit, fühlt keine Anstrengung und nicht so bald stellt sich bei ihm die Ermüdung ein. Daher kommt es auch, dass nicht selten schwächliche Personen während solcher transitorischer Tobsuchtsanfälle einer sonst ganz unbegreiflichen Kraftanstrengung fähig sind und zu ihrer Bewältigung oft mehrere starke Männer kaum genügen.

Zu bemerken ist noch, dass, wie alle übrigen motorischen Organe, so auch jene der Sprache in die Krankheitssphäre der Tobsucht einbezogen werden, so dass der im Gehirn stattfindende Reiz sich auch durch den Sprach-Apparat entladet, jede auftauchende Vorstellung oder Gefühl sogleich in Worte umgesetzt oder wenigstens durch verschiedenartige, nicht selten unverständliche oder inartikulirte Laute, Schreien, Brüllen, zum Ausdrucke gebracht wird. Hiebei ist es dem Kranken nebst der Entladung der allgemein motorischen Erregung gleichfalls auch um die Entäusserung seines Wuthaffectes zu thun, wie aus dem Inhalt des Gesprochenen oder Geschrieenen, falls solches überhaupt verständlich ist (Schimpfen, Fluchen, Drohungen), aus dem Tone der Stimme und den begleitenden Mienen und Gesticulationen deutlich erkennbar ist.

Art. XI.

Anomalien der Sinnesthätigkeit.

Die transitorische Tobsucht hat mit allen anderen acuten Tobsuchtsanfällen die intensive Umneblung des Sensoriums gemein. Das Bewusstsein ist dabei von jeder geregelten Verbindung mit der realen Aussenwelt losgerissen, und zwar keineswegs etwa aus dem Grunde, weil die Sinnesorgane ihre Thätigkeit eingestellt hätten, sondern weil die äusseren Vorgänge, obwohl von den Sinnen vielleicht richtig percipirt, gar nicht oder doch nur objectiv unrichtig oder verworren zum Bewusstsein gelangen, oder weil endlich ohne äussere Veranlassung spontan im Gehirne auftauchende Sinnestrugbilder den Bewusstseins-Inhalt verfälschen und der objectiven Realität entfremden. Im ersten dieser Fälle werden die äusseren Eindrücke im Allgemeinen wohl richtig von den Sinnen percipirt, aber wegen Mangels aller Aufmerksamkeit gelangen sie nicht in das von wilder Vorstellungsflucht, Ideenjagd und Sinnes-Delirien erfüllte und gänzlich in Anspruch genommene Bewusstsein.

Selbst heftige äussere Eindrücke eilen unbemerkt am Bewusstsein vorüber, sie werden wohl flüchtig percipirt, aber wenn sie nicht dem herrschenden Ideengange, den vorwaltenden Affecten und der ganzen Stimmungslage überhaupt entsprechen, nicht beachtet, es findet keine Apperception (Verarbeitung derselben zur Vorstellung) statt. Die Sinneswahrnehmung war so gut wie nicht vorhanden.

Im zweiten Falle findet nicht nur die Perception der äusseren Sinneseindrücke, sondern auch die Apperception derselben statt, aber letztere ist eine unrichtige. Hier spielen vor Allem die Hyperästhesien der Sinnesnerven, das krankhaft erhöhte und verschärfte Perceptionsvermögen eine wesentliche Rolle. Es ist bei der transitorischen Tobsucht sogar Regel, dass die Sinnesorgane eine bedeutend vermehrte Empfänglichkeit für alle äusseren oder inneren (organischen) Reize, ein zu leichtes Afficirtwerden bei selbst relativ geringer Anregung und eine das Mass des Reizes beiweitem übersteigende Reaction zeigen, welche Reizbarkeit den Krankheits-Paroxysmus während seiner ganzen Dauer begleitet.

Alle diese äusseren Reize oder inneren Organgefühle drängen sich in vehementer, ihrer wirklichen Stärke nicht entsprechender Weise dem Bewusstsein auf, Licht, Schall, Temperatur- oder Druckempfindung der Haut, vage dunkle Local- oder Gemeingefühls-Schwankungen machen sich in übermässiger Weise geltend und tragen auch, wie sensorielle Empfindungen sich überhaupt leicht auf die motorischen Leitungsbahnen fortpflanzen, ihrerseits zur Erhöhung der motorischen Thätigkeit bei. Seltener jedoch äussern sich die Anomalien der Sinnesorgane als Anästhesien und selbst in diesem Falle bleiben sie zumeist auf Abnormitäten der Hautempfindung beschränkt, indem dabei, im Gegensatze zu der bei Hyperästhesie stattfindenden übergrossen Schmerzempfindlichkeit, das normale Hautgefühl so sehr unterdrückt ist, dass weder Hitze noch Kälte, noch selbst peinliche Schmerzen empfunden werden. Derlei Anästhesien mögen übrigens in manchen Fällen auch nur scheinbar sein, indem die Schmerzempfindung eben nur keine genügende Höhe besitzt, um zu dem von eilender Vorstellungsflucht, wilden Delirien und stürmischen Affecten ausschliesslich erfüllten Bewusstsein zu gelangen.

Aber selbst wenn die Sinnesorgane durchaus normal functioniren und dem Bewusstsein nur objectiv richtige Eindrücke zuführen, so verarbeitet im Zustande der transitorischen Tobsucht dennoch das erregte Gehirn die erhaltenen richtigen Wahrnehmungen zu unrichtigen Vorstellungen, die Apperception wird eine gefälschte. Alle percipirten äusseren Eindrücke werden, wie dies überhaupt bei Geisteskranken (und bis zu einem gewissen Grade selbst bei geistesgesunden Personen) der Fall ist, nur der eben vorhandenen Stimmung, dem obwaltenden Ideengange und den vorherrschenden Affecten gemäss aufgefasst und erklärt und nach dem selbst im umnachteten Bewusstsein noch dunkel wirkenden Causalgesetze, aus mehr oder minder richtigen Prämissen, falsche Schlüsse gezogen. Der sich in Folge wilder Delirien von Feinden umgeben glaubende Kranke hört in jedem sein Ohr berührenden Laute eine gefährliche Drohung oder den Schall einer auf ihn abgefeuerten Pistole; in einem grellen Lichtstrahle erblickt er die Flammen eines zur Vernichtung seiner Person oder Habe böswillig ge-

legten Feuers, eine Druck- oder stechende Empfindung der Haut versinnlicht ihm eine von seinen Feinden ihm zugefügte schwere körperliche Misshandlung oder Dolchstich, irgend eine abnorme Geruchsempfindung erregt bei ihm den Verdacht in der Nähe befindlicher giftiger Substanzen, mit denen man ihm nach dem Leben trachte u. dgl.

Gleiche unrichtige Deutung beziehungsweise Allegorisirung erfahren die im Inneren des Organismus vor sich gehenden Reize, die durch den motorischen Drang und die Bewegung der Muskeln ausgelöste Empfindung, die auftretenden Local- oder Organgefühle und überhaupt alle Gemeingefühls-Veränderungen. Sie werden der herrschenden bitteren Stimmung und dem vorwaltenden Ideengange gemäss als durch äussere Einflüsse herbeigeführt, analog den durch die äusseren Sinne zugeführten Eindrücken gedeutet. Ausser dieser uneigentlichen, weil nur auf falscher Deutung des wirklich Wahrgenommenen beruhenden Sinnestäuschung stellen sich aber zweifellos die beinahe von jeder Psychose unzertrennlichen Begleiter, die fast nie fehlenden Symptome gestörter psychischer Functionen, die in dem überreizten Centralorgane spontan, ohne alle äussere Veranlassung auftauchenden eigentlichen Sinnestrugbilder, die dem jeweiligen Bewusstseins-Inhalte entsprechenden sogenannten Sinnes-Delirien ein. In symptomatischer Beziehung zeigen sie keinen wesentlichen Unterschied von den früher erwähnten. Die einen wie die anderen treten ferner ersichtlicherweise massenhaft auf, obwohl sich ihr Inhalt wegen des zu raschen Ablaufes aller psychischen Processe, des unendlichen Wechsels und der Flüchtigkeit aller Vorstellungen und wegen der dem Paroxysmus stets folgenden Amnesie nicht sicherstellen lässt.

Jede neue Wahrnehmung ruft sehr häufig, durch die oben geschilderten Hyperästhesien der Sinnesnerven begünstigt, neue Sinnesdelirien hervor, bunt wechselnd und schnell verschwindend, wie ein Traum am Bewusstsein, mit dem sie keine dauernde Verbindung einzugehen vermögen, vorüberziehend, daher man ihren Einfluss, namentlich jenen der sogenannten imperativen Hallucinationen, auf die im Tobsuchts-Paroxysmus verübten Gewaltacte, wenn er auch nicht zur Gänze in Abrede gestellt werden kann, doch auch nicht zu hoch anschlagen darf. Keines-

falls werden sich je einzelne Sinnesdelirien als unmittelbare Ursache der That erweisen lassen, da sie kaum so lange über der Schwelle des Bewusstseins verweilen, als zum Entschlusse erforderlich ist und alsbald vom Strome anderer Vorstellungen hinweggespült werden. Aus allen diesem ergibt sich, dass der von transitorischer Tobsucht Befallene in Folge der gänzlichen Umneblung des sensoriellen Lebens der realen Welt entrückt, in eine fremde Traumwelt versetzt ist. Blosse Phantasiegebilde, subjective Anschauungen gelten ihm für objective Realität; in Folge falscher illusorischer Apperception des Wahrgenommenen verkennt er und verwechselt er die Personen und Dinge in der Aussenwelt und fasst seine Beziehungen zu ihr fälschlich auf, sein Bewusstsein ist mit objectiv unrichtigem Inhalte erfüllt, er ist, wie man dies in der Volkssprache kurz und treffend zu bezeichnen pflegt, nicht bei sich.

Art. XII.
Anomalien des Vorstellungsverlaufes.

Der Vorstellungsverlauf des transitorisch Tobsüchtigen (so weit er aus den Reden, Gesten und Handlungen des Kranken erschlossen werden kann) ist ganz und gar den in gewissen Fieber- und Intoxications-Zuständen auftretenden furibunden acuten Delirien ähnlich. Die krankhafte Motilität, welche die Körpermuskeln ergriffen hat, macht sich durch ähnlichen Bewegungsdrang auch im Vorstellungsleben durch abnormen und rapiden Verlauf desselben geltend. Das im Zustande hochgradiger Reizung befindliche Gehirn reproducirt ohne genügende äussere Veranlassung unmotivirt und spontan in stürmischer Schnelligkeit und mit ungebundenster Association und Combination eine bunte Menge der verschiedenartigsten, widersprechendsten, sich durchkreuzenden und verdrängenden, ebenso schnell wieder untertauchenden und sich nie fixirenden Vorstellungen ohne alle regelmässige Verbindung. Wie ein reissender Strom, der seine Dämme durchbrochen hat, überfluthet eine Masse incohärenter Gedanken in paradoxer Verbindung und rasendem Wechsel das Bewusstsein ohne Reihenfolge und

Ordnung bis zur gänzlichen Verworrenheit und Ideenflucht. Unrichtige Apperceptionen der Aussenwelt und flüchtige Sinnestäuschungen jeder Art (siehe vorigen Artikel) fälschen noch überdies den Inhalt der in rapider Flucht und Wechsel begriffenen Vorstellungen, die, wie dies überhaupt beim Gedankenverlauf der Fall ist, so auch hier ihre wesentliche Färbung und den bestimmten Grundton von der herrschenden Stimmung (dem Wuthaffecte) erhalten und sich stets um Bedrohung, Feindschaft, Abwehr, Racheacte bewegen. Das Intellect ist vollständig erloschen, wie bei Fieber-Delirien oder im Traume nehmen Reproduction und Association ihren regellosen, unaufhaltsamen Verlauf nach blos physikalischen Gesetzen, ohne dass die regulirende Kritik des Verstandes und der freithätige Wille ihre Richtung zu bestimmen vermöchten, von Aufmerksamkeit und Ueberlegung, vom Denken überhaupt kann hier keine Rede sein.

Wegen der vollständigen Amnesie, welche stets dem transitorischen Tobsuchtsanfalle folgt, ist es wohl nicht möglich, den Inhalt der während des Paroxysmus das Bewusstsein überfluthenden Vorstellungen mit voller Zuverlässigkeit zu constatiren, doch geben insbesondere die zumeist in Beschimpfungen und wilden Drohungen bestehenden Reden des Kranken, insoweit solche überhaupt verständlich sind, durch ihre Verworrenheit und Incohärenz, das schnelle Abspringen von einem Gegenstande zum anderen und durch ihren faselnden Charakter annäherungsweise ein Spiegelbild des Vorstellungslebens.

Art. XIII.

Anomalien der Gefühlssphäre.

Der stete und unzertrennliche Begleiter der transitorischen Tobsuchts-Paroxysmen ist ein das gesammte Vorstellungs- und Gefühlsleben übermächtig beherrschender, vom Willen nicht zu zügelnder, ohne äussere Veranlassung und reale Grundlage nur in Folge der cerebralen Irritation entstandener Affect sinnlosen Zornes und unbändiger Wuth, der, wie alle auf pathologischem Boden erwachsene Affecte, sich von physiologischen Gemüthsbewegungen durch besondere Energie, Ausdauer und Unbezähm-

barkeit auszeichnet und überdies noch durch der krankhaft zornigen Verstimmung entsprechende falsche Apperception der Aussenwelt, furibunde Delirien und Sinnestäuschungen, sowie durch die motorischen Acte selbst und den Anblick der verübten Gewaltthaten unterhalten wird und der dem an und für sich unbestimmten ziellosen motorischen Drange seine bestimmte Richtung gibt. Jeder äussere Eindruck, jeder innere organische Vorgang wird der herrschenden Stimmung, dem mehr oder minder klar percipirten Zornaffect von unbestimmtem Charakter gemäss gedeutet; der Kranke, von einem dunklen Gefühle des Beleidigt-, Bedroht- oder wirklichen Angegriffenseins geleitet, reagirt in wildester zorniger Aufregung gegen die imaginären Feinde und Verfolger, indem er selbst zu kräftigster, rücksichtslosester, alles Mass übersteigender Aggressivität, Abwehr oder Rache, Zerstörung und Vernichtung schreitet. Von einer bestimmten Richtung des Zornaffectes, einer klaren Intention dabei, kann bei dem völlig umdämmerten Bewusstsein kaum die Rede sein; die Heftigkeit des Affectes selbst ist genügend, um in dieser Beziehung jede Ueberlegung auszuschliessen; der Kranke, der eben Alle und Alles in seiner Umgebung für feindlich hält und die reale Aussenwelt gründlich misskennt, wüthet eben, um sich seines Zornes zu entäussern und sich der vermeintlichen Angriffe zu erwehren, sinnlos gegen Alle und Alles, leblose Gegenstände wie Personen seiner Umgebung, nicht selten gegen seinen eigenen Besitz oder seine liebsten Angehörigen (nie aber gegen die eigene Person), taub gegen alles Zureden, unzugänglich jeder Beruhigung. Durch einen solchen Zornesausbruch, für den sich kein äusseres Motiv nachweisen oder auch nur vermuthen lässt, wird stets der eigentliche Beginn der Krankheit angedeutet, und nur selten fallend, erhält sich der Wuthaffect während des ganzen Paroxysmus beinahe stets auf gleicher Höhe.

Art. XIV.

Anomalien der Willenssphäre.

Da im Zustande der transitorischen Tobsucht die Bewegungen nicht durch Vorstellungen, sondern durch ein zwangs-

weises, krankhaftes Ergriffensein des motorischen Apparates vermittelt werden und überdies durch einen auf pathologischem Boden entstandenen unbeherrschbaren Zornaffect ihre bestimmte Richtung nach aussen erhalten, bedarf es keiner weiteren Beweisführung, dass von Selbstbestimmungs-Fähigkeit und freiem Willen hier keine Rede sein könne, umsoweniger, als selbst schon die tiefe Störung des Vorstellungslebens jeden eigentlichen selbstbewussten Willen, jede freie Wahl und Entschliessung unmöglich machen, indem contrastirende Vorstellungen gegen die krankhaften Impulse nicht einmal aufzutauchen vermögen und ja, selbst wenn sie solches vermöchten, gegen den organischen Zwang ohne Wirkung verbleiben müssten. Die Bewegungen sind imperative Acte, Zwangshandlungen im allereigentlichsten Sinne, blos Reflexe ohne Zuthun des Willens; Impuls und That erfolgen gleichzeitig, alle Selbstbeherrschung ist unmöglich und kann nicht einmal versucht werden. Aus unwiderstehlichen Trieben, die, weil sie aus nicht zu beseitigenden organischen Reizen hervorgehen und keinen Gegensatz im Bewusstsein finden, vom Verstande nicht regulirt werden können, handelt der Kranke bei völlig erloschener Intelligenz traumhaft, unbewusst, explosionsmässig, völlig unfrei. Das Object der Handlungen ist ihm kein gewolltes, sondern ein aufgedrungenes, die durch organischen Reiz erhöhte Muskelkraft und der Wuthaffect, dunkle Ideen von Feindseligkeit und Verfolgung, treiben den Kranken zu unausgesetzter Thätigkeit in Abwehr, Kampf und Widerstand; er fühlt sich mit unwiderstehlicher Gewalt getrieben, Alles um sich her mit wildem Ungestüm zu vernichten und zu zerstören, ohne Auswahl eigenes und fremdes Gut, gegen alle Personen seiner Umgebung, wären es auch die eigenen Angehörigen und liebsten Freunde, blind und lebensgefährlich zu wüthen; er zerstört unterschiedslos, was ihm im Wege liegt, schlägt blind darein, gleichgiltig, wen er trifft, ohne jedes denkbare vernünftige Motiv und im Erfolge über jedes möglicherweise denkbare vernünftige Ziel hinausgehend, weil ihm eben nicht um das Object, die That selbst, sondern nur um die Entäusserung des motorischen Dranges und seines Wuthaffectes zu thun ist, der mit Vollführung der That noch nicht sein Aufhören erreicht hat. Schon diese Mass-

losigkeit der That selbst genügt, um ihr das unverkennbare Gepräge des Wahnsinnes, der pathologisch bedingten Willensunfreiheit aufzudrücken.

Der Kranke konnte nicht anders handeln, als er, vom unwiderstehlichen organischen Reize hingerissen, nach der Eingebung des Augenblickes, ohne Prämeditation, Ueberlegung und mögliche Erkenntniss der Folgen und der Strafbarkeit der That, instinctiv und gleichsam automatisch, wie bewusstlos und ohne Zuthun des eigenen Willens gehandelt hat. Wohl ist der Kranke im Stande, einzelne kurze abrupte Sätze (Schmähungen und Drohungen) in scheinbar logischem Zusammenhange auszustossen und die eben zu Gebote stehenden (stets sehr einfachen) Mittel zur Befriedigung seines Zerstörungsdranges zu ergreifen; aber hier laufen eben nur gewohnte Vorstellungsreihen mechanisch ab, wie dies sehr häufig auch in anderen Fällen tiefer Geistesstörung (und in Fällen starker Berauschung) vorzukommen pflegt und wozu keineswegs das Vorhandensein von Besonnenheit und Ueberlegung erforderlich ist. Der Kranke ist sich weder der Tragweite seiner Rede, noch des Zweckes seiner That klar bewusst. Längere zusammenhängende logische Reden, die Herbeischaffung und Anwendung complicirter, Nachdenken und Scharfsinn erfordernder Mittel wird man beim transitorisch Tobsüchtigen nie wahrnehmen. Ihm genügt zu seinem Zerstörungswerke das erste beste, eben in der Nähe liegende, an und für sich ganz unschuldige Werkzeug oder auch die blosse Kraft seiner Extremitäten.

Art. XV.

Seelenzustand und Bewusstseins-Inhalt im Allgemeinen. Moralische Depravation.

Wie bei allen Geistesstörungen überhaupt, so sind auch bei der transitorischen Tobsucht in Folge des innigen untrennbaren Zusammenhanges aller psychischen Functionen sämmtliche Hauptfactoren des geistigen Lebens, Denken, Fühlen und Wollen (und zwar mit gleich starker Intensität) erkrankt. Die gesammte Seelenthätigkeit befindet sich im wildesten Aufruhr,

alles harmonische Gleichgewicht der seelischen Vorgänge ist tief gestört, der wilde Verlauf des Denkens, Fühlens und Wollens steht auf gleicher Höhe mit dem Ungestüm der körperlich motorischen Vorgänge. Der Kranke ist der Wirklichkeit gänzlich entrückt, alles objective Welt- und Selbstbewusstsein hat bei ihm aufgehört, subjective Empfindungen beherrschen ihn unumschränkt, alle höheren geistigen Functionen, Denken, Ueberlegen, Schliessen, Urtheilen sind erloschen, die Erschütterung des Nervensystems macht jede Reflexion und jede freie Selbstbestimmung unmöglich. Das Bewusstsein ist auf ein Minimum herabgesetzt und obwohl sein Inhalt wegen der Flüchtigkeit der Vorstellungen und der später eintretenden Amnesie nicht mit Zuverlässigkeit eruirt werden kann, ist es doch zweifellos, dass der Kranke von Allem, was er in seinem geistig alienirten Zustande unternimmt, kaum eine dunkle Wahrnehmung besitzt. Er handelt wie in einem wüsten Traume, mit welchem die transitorische Seelen-Alienation auch die Vergesslichkeit gemein hat.

Besonders charakteristisch ist bei Zuständen der transitorischen Tobsucht die plötzlich eintretende gänzliche moralische Depravation, wie sie sich in solcher Stärke nur bei wenigen anderen Psychosen geltend macht. Aller Sinn für Anstand, Sitte, Reinlichkeit, jede Rücksicht der Scham, jedes Gefühl der Naturbande, der Liebe und Anhänglichkeit ist verloren gegangen, der Kranke zeigt in Reden und Handlungen eine Rücksichtslosigkeit und einen Cynismus, der mit seinem gesammten Vorleben in schroffem Widerspruche steht, eine Veränderung des sittlichen Charakters, die wegen ihrer Plötzlichkeit sowohl als wegen ihrer Ungeheuerlichkeit nur das Product eingetretenen abnormen krankhaften Denkens und Fühlens sein kann.

Art. XVI.

Begleitende krankhafte körperliche Erscheinungen.

Ausser jenen zwangsweisen reflectorischen Entladungen (unwillkürlichen motorischen Aeusserungen) und den Hyperästhesien der Sinnesorgane, die wir schon im Art. X und XI

besprochen haben, ist der transitorische Tobsuchts-Paroxysmus stets von einem bestimmten weiteren somatischen Symptomen-Complex begleitet, welcher im Allgemeinen mit jenem der furibunden acuten Tobsucht überhaupt und jenen des heftigen pathologischen Zornaffectes übereinstimmen, hauptsächlich jedoch mit der den Anfall stets einleitenden und ihn bis zum Stadium decrementi begleitenden fluxionären Gehirnhyperämie im Einklange und Causalnexus steht. Solche in der Regel vorhandene Symptome sind: Druck, Eingenommenheit und Hitze des Kopfes, heisse Stirne, lebhaft funkelnde, aus den Höhlen hervortretende Augen, injicirte Conjunctiva, trotziger, drohender oder stierer Blick, starre, stark und ungleich erweiterte Pupillen, stark geröthetes, congestionirtes, turgescirtes, heisses Gesicht, gespannte Gesichtsmuskeln, verstörte wilde Physiognomie, verzerrte, grimacirende Mienen, lebhafte zornige Mimik, belegte Zunge, veränderte lebhafte Sprache, vermehrte Speichelabsonderung, beschleunigte kräftige, unregelmässige Respiration, accelerirter Blutkreislauf, rascher, stürmischer Herzschlag, jagender, kräftiger, in der Minute auf 100 bis 120 steigender Puls, Carotiden klopfend gespannt und voll, Arterien lebhaft pulsirend, Venen hervorragend, erhöhte allgemeine Körpertemperatur, insbesondere heisse Hände, innere Hitzegefühle, vage, peinliche Gemeingefühls-Störungen, unbestimmt schmerzliche Sensationen in den lebhaft gespannten Muskeln; Ausbleiben der Urin-Secretion und der Darmentleerung. Zuweilen auftretende oder variirende Symptome sind: Scheitelkopfweh oder andere Kephalalgien, Schlundkrämpfe, Brennen oder Druck im Epigastrium, bestimmte locale Schmerzen, asthmatische oder gastrische Beschwerden, Nausea, Muskelzittern. Lähmungs-Erscheinungen hingegen kommen niemals vor. Die Empfindlichkeit des Kranken gegen alle Lichteindrücke, grelle Farben und Geräusche erklärt sich aus der vorhandenen Hyperästhesie der betreffenden Sinnesorgane, sowie es auch nicht sowohl der motorischen Erregung, sondern der herrschenden Hitzegefühle und der Ueberempfindlichkeit der Haut zuzuschreiben ist, wenn der Kranke sich die Kleidungsstücke als belästigend vom Leibe reisst und sich, wenn man ihn gewähren lässt, nicht selten gänzlich entblösst.

Art. XVII.

Stadium decrementi. Kritische Lösung durch Schlaf.

Obwohl sich der Schlaf in vielen Körperkrankheiten, z. B. Fiebern, Krämpfen, Entzündungs-Processen u. a., als höchst wohlthätig erweist und nicht selten den Wendepunkt derselben bezeichnet, so ist doch die transitorische Tobsucht die einzige Psychose, welche ihre kritische Lösung durch ihn findet, mag derselbe (was selten gelingen dürfte) durch Kunsthilfe bewirkt worden sein (siehe Art. XXXV), oder, wie es wohl in der grössten Anzahl der Fälle sich ergeben wird, durch Naturheilung in Folge normalen Krankheits-Verlaufes von selbst sich eingestellt haben. So schnell und plötzlich der Anfall der transitorischen Tobsucht aufgetreten ist, beinahe ebenso rasch und unvermittelt tritt nach einem kurzen Stadium decrementi das Ende desselben ein. Der ungeheueren Aufregung und Ueberreiztheit des Nervensystems und der übermässigen Anstrengung der Muskelthätigkeit, sowie dem excessiven Verbrauche der Muskelkraft folgt naturgemäss die Reaction; gänzliche Erschöpfung der Körperkraft, ein unabweisbares Bedürfniss der Erholung; der Bewegungsdrang lässt nach, der wilde Zornaffect verliert sich, auch die übrigen krankhaften somatischen Erscheinungen verschwinden, Beruhigung und ein tiefer ununterbrochener, in der Regel sechs- bis zwölfstündiger Schlaf tritt ein, während welchem der Puls zur normalen Höhe herabsinkt. Zumeist werden wohl auch vorher die heftigen Congestionen zum Gehirne nachgelassen haben, doch ist das Aufhören derselben keine unumgängliche Bedingung, da der Bestand von Hyperämien nicht unter allen Umständen ein Hinderniss des Einschlafens abgibt und eine starke Anhäufung des Blutes im Hirne dem durch andere Ursachen herbeigeführten Einschlafen (wie z. B. bei Volltrunkenheit) nicht im Wege steht. Die körperliche und geistige Abspannung in Folge der vorhergegangenen unnatürlichen Anstrengung genügt vollkommen, den Eintritt des Schlafes zu erklären. Letzterer vermittelt nun nach den allgemeinen physiologischen Gesetzen das Aufhören der somatischen und psychischen Störungen, des Gehirnreizes

und der Congestionen, stellt die unterbrochene physiologische Gehirnleitung, die regelmässige Körperthätigkeit und Pulsfrequenz wieder her und bringt die motorische Erregung zur Ruhe, indem er die materielle Störung im Nervensystem ausgleicht. Wir können hier nur den Worten Emminghaus' beipflichten, dass es sich bei den transitorischen Psychosen, welche mit heftigen Symptomen einsetzen und auf der Akme plötzlich durch kritischen Schlaf entschieden werden, offenbar um sehr raschen Verbrauch fast aller Spannkräfte handelt, welche in dem Gros der Rindensubstanz vorräthig waren. Sind diese durch energische allseitige Entladungen verbraucht, so sind die Zellen erschöpft, unerregbar geworden, es tritt jetzt tiefer Schlaf ein, während welchem eine innere Moleculararbeit, ein Wiederersatz der consumirten Zellenbestandtheile stattfindet. Beim Erwachen zeigt sich wohl bisweilen noch eine gewisse Eingenommenheit, Schwäche, Müdigkeit und Abspannung, doch auch diese verschwindet rasch, in der Regel von selbst, der Kranke ist körperlich und psychisch vollkommen hergestellt, im Besitze seiner vollen früheren geistigen Integrität, geht ruhig wie früher seinen gewöhnlichen Geschäften nach, kurz, die transitorische Tobsucht hat weder in somatischer noch in psychischer Beziehung irgend einen Defect zurückgelassen.

Art. XVIII.

Amnesie.

Alle transitorischen Seelenstörungen haben bekanntlich bei dem davon Betroffenen den Verlust der Erinnerung an Alles das zur Folge, was während des alienirten Zustandes in und mit ihm vorgegangen ist. Je tiefer die durch den Hirnreiz entstandene Bewusstseinsstörung, je stärker der auftretende Paroxysmus war, desto mangelhafter ist auch die Erinnerung, denn das Gedächtniss ist im Allgemeinen an die normale Thätigkeit des Hirnes gebunden. Besonders intensiv zeigt sich die Erinnerungslosigkeit bei den mit starken Fluxionen nach dem Gehirne verbundenen transitorisch-psychischen Alterationen und demzufolge auch bei der transitorischen Tobsucht. Der

rasche Ablauf aller psychischen Processe, die wilde Ideenflucht und Verworrenheit der rasch auftauchenden und wieder untertauchenden ungeregelten Reproductionen macht ein Fixiren der einzelnen Vorstellungen unmöglich; alle Aufmerksamkeit darauf, jedes Festhalten derselben im Bewusstsein und somit auch die Möglichkeit, selbe im Gedächtnisse zu behalten, entfällt umsomehr, da es selbst beim normalen Bewusstseinszustande äusserst schwierig ist, das Regellose, Verworrene, Unlogische im Gedächtnisse zu behalten. Die motorischen Erregungen aber können in der Erinnerung schon aus dem Grunde nicht haften, weil sie mechanisch und instinctiv vor sich gegangen sind, ohne das Medium des Gedankenganges passirt zu haben.

Emminghaus erklärt die complete Amnesie dadurch, dass während der heftigen Attaque einer transitorischen Psychose nur wenig innere Molecular-Arbeit (im Gros der Rinden-Elemente, siehe vorigen Artikel) stattgefunden haben möge, oder die geleistete während des Anfalles selbst wieder in lebendige umgesetzt worden sei, so dass jetzt perifere Einwirkungen und ihre centralen Effecte keine Erinnerung an die Zeit des Anfalles wecken können; die Disposition in den Zellen sei eben zu schwach. — Die Erinnerung reicht in der Regel nur bis zum Momente des Ausbruches und umfasst einige prodromale Anzeichen, z. B. plötzliches Schwarzwerden vor den Augen etc., von da ab aber hört sie gänzlich auf; über Alles das, was während des Paroxysmus geschah, zeigt das Gedächtniss eine vollständige Lücke, der ganze Zeitabschnitt ist wie aus dem Leben herausgeschnitten; der Kranke, der oft sorglos am Schauplatze seiner Excesse selbst eingeschlafen war, vernimmt später mit unverstelltem Erstaunen und Schrecken, was er während des Paroxysmus Unheilvolles angerichtet hat, weiss darüber keine Auskunft zu geben und kann es nicht begreifen, leugnet es daher mit voller Seelenruhe, weil er eben nichts davon weiss oder sich eben nur erinnert, einen wüsten Traum geträumt zu haben, auf dessen Einzelnheiten er sich jedoch nicht zu entsinnen vermag.

Art. XIX.

Ataxien der transitorischen Tobsucht — sogenannte unreine Fälle.

Sowie keine somatische, so ist auch keine psychische Krankheit in allen ihren Symptomen und ihrem ganzen Verlaufe der anderen vollkommen gleich, da jedes Hirn- und Nervensystem bei verschiedenen Individuen auch verschieden geartet ist und occasionelle Krankheitsursachen bei jedem einzelnen Individuum in anderer Weise wirken. Keine Geistesstörung in concreten Fällen gleicht der anderen vollständig, jede ist etwas specifisch Verschiedenes und Individuelles, alle psychischen Erkrankungen, selbst wenn sie einen typischen, immanenten Charakter besitzen, verlaufen in von einander sehr abweichender Weise; und es gibt daher eigentlich so viele verschiedene Geisteskrankheiten, als Individuen davon betroffen werden. Auch sind nicht alle Formen unzweifelhaft und viele ragen mit ihren einzelnen Symptomen in andere Psychosen hinein; nicht immer hat man es mit classischen, idealen, typischen, oft nur mit complicirten unreinen Formen zu thun. Auch die transitorische Tobsucht erleidet vielfache Modificationen und Uebergänge; ihre Differenzirung von anderen Psychosen ist nicht immer ohne Schwierigkeit; nicht selten ist es unmöglich, das vorliegende Krankheitsbild ohne Zwang in eine bestimmte Krankheitsform einzureihen, und der Zweifel, ob man es wirklich mit einer transitorischen Tobsucht zu thun habe, ist in manchen Fällen nicht ungerechtfertigt.

Obwohl bei jedem Falle der transitorischen Tobsucht die charakteristischen Hauptsymptome die gleichen sind, so bieten sich doch in den Einzelnheiten nicht selten wesentliche Verschiedenheiten dar. Einzelne Symptome können fehlen, andere mehr oder minder hervortreten, und selbst die gleichen ätiologischen Momente schädlicher Potenzen und äussere zufällige Umstände bewirken nach der individuellen Prädisposition und Körperconstitution des davon Betroffenen differente Erscheinungen, welche aber das Krankheitsbild in seiner Wesenheit nicht ändern. Eine der am häufigsten vorkommenden Anoma-

lien besteht darin, dass die transitorische Tobsucht nicht, wie es in typischen Fällen die Regel ist, in einem einzigen continuirlichen Anfalle von stets sich gleichbleibender Intensität mit nachfolgendem, ebenso continuirlichem ununterbrochenen tiefen Schlafe verläuft, sondern der Gesammt-Paroxysmus sich gewissermassen in eine Reihe einzelner kürzer dauernder, von durch Ermattung herbeigeführten Zwischenpausen relativer Ruhe unterbrochenen Anfällen auflöst. Dem ersten Anfalle folgt eine Intervall der Abspannung, Ermattung, ruhigerer Stimmung mit mehr oder minder wiederkehrendem Bewusstsein; hierauf neue motorische Erregung und Bewustlosigkeit, und dieser Wechsel mit Nachlass von Symptomen kann sich mehrmals wiederholen, wobei in der Regel die späteren Anfälle den früheren an Intensität nachstehen. Der Hirnreiz lässt zeitweise nach und verliert sich endlich zur Gänze, bis sich der kritische Schlaf einstellt. Auch die Lösung des Anfalles durch letzteren ist nicht in allen Fällen eine gleichartige, zwar ermangelt dieselbe niemals, aber die Dauer des Schlafes ist nicht nur von sehr ungleicher Länge (von 2 bis 16 Stunden), sondern in manchen Fällen ist derselbe auch weder tief noch continuirlich, oft nur ein kurzer, leichter, unruhiger Schlummer, der durch erneuerte Paroxysmus-Anfälle unterbrochen wird, so dass sich Stadien von wilder psychischer und motorischer Aufregung, relativer Beruhigung und Schlaf in bunter Reihe abwechselnd folgen, bis endlich doch ein mehrstündiger, fester und ununterbrochener Schlaf die Lösung herbeiführt.

Eine weitere, obwohl viel seltenere und dann gewöhnlich mit der eben besprochenen verbundene Anomalie der transitorischen Tobsucht besteht in der protrahirten Dauer derselben. In der Regel dauert der Paroxysmus um so kürzere Zeit, je plötzlicher und heftiger er aufgetreten ist, im Allgemeinen durch einen Zeitraum von 2 bis 12 Stunden. Es kommen aber auch Fälle vor, dass ein weit längerer Zeitraum, ja sogar mehrere Tage erforderlich sind, ehe der Paroxysmus seinen Abschluss erreicht. Der Reizungszustand des Gehirnes ist hier in Folge vorhandener stärkerer Prädisposition oder besonderer nachtheiliger Wirkung des ätiologischen Momentes ein so heftiger, dass er sich in der gewöhnlichen kurzen Zeit

nicht behebt. Von der acuten Tobsucht überhaupt, zu welcher die transitorische in diesem Falle den Uebergang zu bilden scheint, unterscheidet sich die letztere aber dennoch wesentlich durch ihre weit kürzere Dauer, die kritische Lösung durch den Schlaf und zahlreiche andere im Art. XXXII des Näheren auseinandergesetzte Symptome.

Fernere, aber noch seltener vorkommende Abnormitäten bestehen bei der transitorischen Tobsucht in der geringeren Heftigkeit des zwar immerhin bösartig und feindselig, aber nicht mit furibunden Erscheinungen auftretenden Paroxysmus, der unvollständigen Amnesie und der zurückbleibenden grösseren oder geringeren (stets aber nur zeitweisen) Störung der vorher bestandenen geistigen Integrität. In Fällen protrahirter transitorischer Tobsucht insbesondere bedarf es zuweilen eines längeren Zeitraumes, ehe sich die geistige Störung zur Gänze ausgeglichen hat; es bleibt noch durch mehrere Tage nach Lösung des Anfalles eine gewisse psychische Abspannung und Ermüdung zurück. Uebrigens mag auch zuweilen ein vielleicht wenig beachteter Anfall transitorischer Tobsucht der Vorläufer einer später ausgebrochenen Psychose gewesen sein, und insbesondere wo Anfälle von transitorischer Tobsucht in relativ kürzeren Zeiträumen ohne bekannte Veranlassung sich wiederholt haben, muss auf eine vorhandene stärkere Prädisposition des Central-Nervensystems nicht nur zur transitorischen Tobsucht allein, sondern zu Psychosen überhaupt oder auf eine bestehende epileptische Grundkrankheit geschlossen werden.

Art. XX.

Casuistik.

Von dem reichen, uns in dieser Beziehung zu Gebote stehenden, grossentheils actenmässigen Materiale haben wir nur ganz reine, typische, in ihrem klinischen Verlaufe als transitorische Tobsucht klar vorliegende Fälle, mit Ausschluss aller zweifelhaften, gemischten oder Uebergangsformen, hier aufgenommen. Alle diese Fälle, sowie auch die im Art. XXV bis XXXII aufgeführten, haben sich im Laufe des letzten

Decenniums in Ungarn, und zwar zumeist in der Hauptstadt, ereignet und wurden theils von uns selbst beobachtet, theils uns von unserem Vater Dr. Franz Schwartzer, der in seiner Eigenschaft als Referent des k. ungarischen Landes-Sanitäts-Rathes deren Begutachtung über sich hatte, theils von unseren Freunden Dr. Karl Lechner, k. Gerichts- und Anstalts-Chef-Arzt, Universitäts-Docent Dr. Karl Laufenauer und Dr. Ladislaus Jármay freundlichst zur Verfügung gestellt.

Erster Fall.

Stefan P., 30 Jahre alt, Eisenbahn-Bediensteter auf einer unweit Budapest befindlichen Station, stand eben, als der nach der Hauptstadt gehende Zug in dieser Station erwartet wurde, vor dem Wächterhäuschen mit einigen Arbeitern im Gespräche über indifferente Dinge begriffen. Ohne dass den Umstehenden die Ursache davon wahrnehmbar gewesen wäre oder er selbst sich darüber ausgesprochen hätte, wurde er, je näher der Zug herankam, immer unruhiger, fieberhafte Röthe überzog sein Gesicht, er gesticulirte mit den Händen, sprach unverständliche Sätze zu sich selbst und gab endlich — ohne alle Veranlassung — dem einherbrausenden Zuge das Zeichen zum Halten. Als letzteres mit grösster Anstrengung gelungen war, sich aber gar kein Grund dafür vorfinden liess und man ihn deshalb zur Rede stellte, gerieth er in den heftigsten Zorn, lärmte, schrie und fluchte sinnverwirrt durcheinander, warf sich zu Boden, sprang wieder auf und misshandelte durch Faustschläge die Umstehenden. Nur mit grosser Mühe und Gewaltanwendung gelang es mehreren vereinten Individuen des Bahnpersonales und Arbeitern, ihn zu bändigen und zu binden, worauf er mit dem eine Stunde später nach Budapest abgehenden Zuge dahin in das Spital überführt wurde. Schon im Coupée, nachdem der Paroxysmus also ungefähr anderthalb Stunden gedauert hatte, schlief er tief ein, wie solches der mitgefahrene Bahnarzt bestätigt. Nach zweistündigem Schlafe hatte er bei der Ankunft im Budapester Spital bereits wieder seine volle Besinnung erlangt, konnte sich an das Vorgefallene nicht erinnern und gar nicht begreifen, wie und warum er in die Hauptstadt gekommen sei. Die vorgenommene

Untersuchung ergab ein gänzlich negatives Resultat, kein Symptom einer degenerativen Form konnte festgestellt werden; nach seiner eigenen Versicherung war niemals bei irgend Jemandem seiner Verwandten eine wie immer geartete neuro- oder psychopathische Erkrankung vorgekommen und war er selbst stets vollkommen gesund und kräftig, selbst Kopfschmerzen oder Schwindel unmittelbar vor dem Anfalle will er nicht gespürt haben. Dem Trunke war er nie ergeben und insbesondere, wie alle Zeugen bestätigen, beim Eintreten des Anfalles vollkommen nüchtern. Wir hatten erst vor Kurzem Gelegenheit, uns über Stefan P. durch einen Beamten informiren zu lassen, und haben in Erfahrung gebracht, dass derselbe nach wie vor sich der besten geistigen und körperlichen Gesundheit erfreut und seinen Dienst wieder zur vollen Zufriedenheit seiner Vorgesetzten versieht. — Der Fall ist einerseits durch die kurze Dauer des Paroxysmus sowohl als des kritischen Schlafes, wie auch andererseits dadurch merkwürdig, dass sich das ätiologische Moment selbst nicht einmal vermuthen, umsoweniger sicherstellen lässt.

Zweiter Fall.

Paul Sz., Polizeiwachmann zu Budapest, stand am 31. März 1876, Nachmittags 4 Uhr, auf seinem Wachposten in der Stadt. Ohne alle ersichtliche Veranlassung begann er plötzlich, zum grössten Erstaunen der zahlreichen Passanten, sich gewaltsam die Kleider vom Leibe zu reissen, unter den heftigsten Gesticulationen und unter förmlichem Wuthgebrülle von einer Seite der Gasse zur anderen zu rennen und jeden ihm dabei in die Nähe Kommenden mit Faustschlägen und Fusstritten von sich zu weisen. Der Scandal erregte auf der ziemlich belebten Strasse grosses Aufsehen; mehrere entschlossene Männer aus der mittlerweile angesammelten grossen Volksmenge schritten endlich zur Bändigung und Fortschaffung des Excedenten, was aber nur nach längerer von demselben geleisteten wüthenden Gegenwehr und unter Zuhilfenahme fester Stricke möglich war. Er wurde auf das Beobachtungszimmer des Allgemeinen Krankenhauses gebracht, woselbst der Paroxysmus durch noch volle drei Stunden mit ungeschwächter Heftigkeit fortdauerte.

Nach Ablauf dieser Zeit trat plötzlich und unerwartet vollständige Ruhe ein, Patient legte sich oder taumelte vielmehr auf sein Bett und verfiel in tiefen Schlaf, welcher ohne alle Unterbrechung durch volle 12 Stunden bis zum späten Morgen des folgenden Tages währte. Bei seinem Erwachen bezeugte er das tiefste Erstaunen darüber, sich im Spitale zu befinden, und als man ihm Aufschluss darüber gegeben hatte, zeigte er sich völlig ungläubig, meinte, das sei Alles nicht wahr und man verschweige ihm den eigentlichen Grund. So zu excediren sei gar nicht in seiner Gewohnheit, er habe am Tage vorher weder irgend einen Verdruss noch einen Streit gehabt, auch tagsüber kein geistiges Getränk genossen, er wisse nur, dass er Nachmittags auf seinem Wachposten gestanden sei, von dem er auf eine ihm selbst ganz unbegreifliche Weise verschwunden sein müsse, um sich, da ihm doch gar nichts fehle oder gefehlt habe, im Spitale wiederzufinden. Als anamnestisches Moment konnte nur so viel in Erfahrung gebracht werden, dass Paul Sz., obwohl nicht eben am Tage des Anfalles, doch sonst häufig an Gehirncongestionen gelitten hat und am Vormittage des Anfallstages aus zufälliger Veranlassung im Dienste mehr als gewöhnlich körperlich angestrengt gewesen war. Häreditäre Belastung war nicht nachweisbar, er selbst wird als ein durchaus solider, ruhiger, nüchterner Mensch geschildert und hat auch alsbald nach seiner in drei Tagen erfolgten Entlassung aus dem Spitale seine frühere Dienstleistung bei der Polizeiwache wieder aufgenommen, ohne seitdem einen neuen Anfall zu erleiden.

Dritter Fall.

Leopold N., Lederfabrikant, Hausbesitzer und Geldverleiher, hatte seit dem Jahre 1870 durch Agenten sich vielfach an Speculationen auf der Wiener Börse betheiligt und die mit elementarer Gewalt hereinbrechende finanzielle Krisis des Jahres 1873 hatte auch ihn in ihren unheilvollen Strudel mitgerissen, indem er die bei seinen übrigen Vermögens-Verhältnissen allerdings nicht sehr beträchtliche Summe von etwa 6000 fl. dabei einbüsste. Er verheimlichte sorgfältig den Verlust auch vor seiner Gattin — die bis dahin überhaupt

von seinen Börse-Speculationen keine Kenntniss gehabt hatte — und hoffte durch ein eben in Unterhandlung schwebendes Leder-Lieferungsgeschäft an eine auswärtige Firma Ersatz für das Verlorene zu finden. Da kam ihm acht Tage später ein Schreiben des Handlungshauses zu, mit welchem er wegen dieser Lieferung in Unterhandlung stand, worin das beantragte Geschäft als nicht acceptabel ganz unerwartet abgelehnt wurde. Dieser Schlag traf ihn schwer; er ging den ganzen Tag über wie träumerisch umher, verschmähte Mittags das Essen, erwiderte der ihn besorgt um die Ursache hievon befragenden Gattin, er fühle sich nicht ganz wohl und habe insbesondere starke Kopfschmerzen, begab sich aber Nachmittags wie gewöhnlich in sein Comptoir, wo er sich bis zur vorgerückten Abendstunde unausgesetzt mit Correspondenzen, Revision seiner Bücher und Rechnungen beschäftigte. Beim Nachtmahle befand er sich in gewohnter ruhiger Stimmung, trank aber auffallend mehr Wein als gewöhnlich und legte sich heiter zu Bette. Die ganze Nacht aber brachte er schlaflos zu; am Morgen stand er zur gewöhnlichen Stunde auf, anscheinend heiter, machte wie gewöhnlich Toilette und begab sich, nachdem er einige gleichgiltige Worte mit seiner Frau gesprochen und einige häusliche Anordnungen getroffen hatte, das Frühstück zurückweisend, wieder in sein Comptoir, dessen Thüre er gewohnheitsmässig mit dem Schlüssel hinter sich absperrte. Dies mochte gegen 8 Uhr Morgens gewesen sein, kurz nachdem der Geschäftsladen geöffnet worden war. Gegen 9 Uhr hörten die in letzterem befindlichen beiden Bediensteten im anstossenden Comptoir ein ungewohntes und unerklärliches Lärmen und Getöse, die Scheiben des auf den Hof führenden (von aussen vergitterten) Fensters wurden klirrend eingeschlagen, Möbelstücke mit aller Gewalt an die geschlossene Thüre geworfen, ja es schien, als ob auch die schwere Wertheim'sche Casse umgestürzt wurde. Erschreckt und verwundert eilten die beiden Commis und der Hausknecht auf den Hof, um durch das Fenster die Ursache des räthselhaften Lärmens im Comptoir und Cassazimmer zu erspähen, nachdem sie vergebens versucht hatten, die feste, eisenbeschlagene Thüre zu öffnen. Zu ihrem nicht geringen Entsetzen sahen sie ihren

Principal beinahe splitternackt mitten im Zimmer unter den wüthendsten Geberden in der Mitte eines Haufens zertrümmerter und herumgeworfener Einrichtungsstücke stehend, wie er eben mit Tintenfass, Handlungsbüchern, Spucknapf und Allem, was bei der Hand war, die Zimmerecke und den daselbst aufgestellten kleinen eisernen Ofen bombardirte. Auf ihr Zurufen gab er keine Antwort und fuhr in seinem tollen Treiben fort. Die von dem Vorfalle zugleich unterrichtete Gattin — eine ausnehmend verständige Frau — errieth alsbald, dass hier ein Irrsinnsfall vorliege, und sandte um den Arzt, während zugleich der Schlosser herbeigeholt wurde, um die verschlossene Thüre zu öffnen, und vier starke Männer, um sich des Tobenden zu bemächtigen und ihn unschädlich zu machen. Heroisch war der Widerstand, welchen der Kranke, ein eben nicht mit starker Leibesconstitution ausgerüstetes Individuum, unter fortwährenden wilden Drohungen und Beschimpfungen leistete. Selbst als er schon in die Schutzjacke gelegt wurde und an das Bett gefesselt worden war, liess das wilde Umherstossen und Schlagen gegen Jedermann, der sich ihm näherte, die lauten Verwünschungen, ein beinahe ununterbrochenes Wuthgebrülle nicht nach. Dieser Zustand des furibundesten Paroxysmus dauerte bis 5 Uhr Nachmittags; um diese Zeit trat eine etwa halbstündige Ermattung ein, während welcher der Kranke mit geöffneten Augen bewegungs- und lautlos auf dem Bette lag und worauf endlich ein zwölfstündiger normaler, ruhiger und ununterbrochener Schlaf folgte. Beim Erwachen war er, einige Eingenommenheit des Kopfes abgerechnet, völlig gesund, wusste gar nichts von Allem, was vorgegangen war, und konnte sich nur erinnern, dass ihn, nachdem er ungefähr eine halbe Stunde lang im Comptoirzimmer gewesen war, während er beim Schreiben sass, ein stechender Kopfschmerz und eine Art ungewohnter Betäubung befallen habe, daher er in seiner Beschäftigung aufgehört und den Kopf auf die Hände gestützt habe. Von diesem Augenblicke an fehlte jedwede Erinnerung. Mit dem Tobsuchts-Paroxysmus war auch seine frühere traurige Verstimmung verschwunden; er fand, dass seine finanzielle Lage denn doch gar nicht so übel sei, als er sich eingebildet hatte; er kehrte

wohlgemuth zu seiner Beschäftigung zurück und hat seither keinen ähnlichen Anfall mehr zu überstehen gehabt. — Auch hier konnte eine erbliche Belastung oder Krankheits-Prädisposition nicht constatirt werden, dagegen ist das Zusammenwirken mehrfacher ätiologischer Momente (Congestionen, körperliche Schwächung durch mangelhafte Ernährung und durch Schlaflosigkeit, ferner heftige Gemüthserschütterung) leicht erkennbar.

Vierter Fall.

Stefan M., 53 Jahre alt, Amtsdiener. Am 30. Mai 1875 machten die Beamten des Bureaus, in welchem er bedienstet war, die Bemerkung, dass der sonst äusserst pünktliche und zuverlässige Diener die ihm ertheilten Aufträge entweder gar nicht oder in conträrer Weise ausführe, unzusammenhängende Antworten gebe, ohne Ursache aus einem Zimmer des Bureaus in das andere gehe und den gewohnten Respect gegen die Beamten gänzlich ausser Augen lasse. Der Bureauchef, in der Meinung, Stefan M. habe gegen seine Gewohnheit getrunken, schickte ihn, ohne ihn übrigens darüber zur Rede zu stellen, gegen 10 Uhr Vormittags nach Hause, welchem Befehle er schweigend nachkam. In seiner Wohnung angelangt, ging er, ohne ein Wort mit seiner anwesenden Gattin zu sprechen, durch längere Zeit im Zimmer auf und ab, bis er plötzlich ohne allen Anlass die Möbel zu verrücken und die Stühle und Tische umzuwerfen begann. Von seiner Gattin, mit welcher er stets in bester Eintracht gelebt hatte, hierüber zur Rede gestellt, achtete er nicht auf dieselbe und fing vielmehr an, mit einem schweren Stuhle auf die übrigen Möbel loszuschlagen und selbe schonungslos zu zertrümmern. Als nunmehr die Gattin ihn flehentlich bat, von seinem Treiben abzulassen und ihnen, da sie doch arme Leute wären, nicht so schweren Schaden anzuthun, sprang er wüthend unter den furchtbarsten Drohungen: „Bestie, gleich musst du hin werden" u. dgl., auf sie los, würgte sie am Halse, riss sie bei den Haaren zu Boden und prügelte sie mit aller Kraft auf entsetzliche Weise. Zum Glücke für das bedauernswerthe Weib hatte der Lärm und ihr lautes Jammergeschrei die Nachbarn herbeigezogen; mehreren Männern gelang es, mit

vereinter Kraftanstrengung des sinnlos Fortwüthenden nach langem Kampfe mächtig zu werden, worauf derselbe in das Spital überführt wurde. Dort dauerte der Anfall mit wilder Heftigkeit bis halb 12 Uhr Nachts (somit im Ganzen circa 13 Stunden); der Kranke schrie und bewegte sich unaufhörlich, wollte Alles zusammenbrechen und zerreissen, biss und spuckte um sich und delirirte fortwährend. Um die benannte Stunde, trat beinahe augenblicklich tiefer Schlaf ein, der bis zum Mittag des anderen Tages dauerte. Beim Erwachen vollständige Amnesie. Er konnte sich nur erinnern, dass ihn der Bureauchef aus unbekanntem Grunde nach Hause sandte, und dass er hierauf aus dem Amte fortgegangen sei, ob er aber wirklich in seiner Wohnung angekommen sei, wisse er sich nicht zu erinnern, ja er bezweifle dies vielmehr. Dass er die Möbel seiner Wohnung zertrümmert und seine Gattin gröblich misshandelt haben sollte, war ihm unbegreiflich, er weinte, als er sich von der unleugbaren Richtigkeit der Thatsachen überzeugt hatte, bitterlich, bat seine Gattin knieend um Vergebung und schwur hoch und theuer, dass er von der ganzen Sache nichts wisse. Keine körperliche oder geistige Abnormität, keine hereditäre Belastung war bei diesem Manne zu constatiren, er war stets körperlich und geistig gesund gewesen, hatte weder getrunken, noch in sonstiger Weise excedirt. Nur hat er zeitweise an obwohl leichten Kopfschmerzen gelitten und insbesondere am Anfallstage schon früh Morgens einen dumpfen Druck im Kopfe verspürt.

Fünfter Fall.

Friedrich K., 20 Jahre alt, Hörer der Philosophie, schwächlichen Körperbaues, aber gesund und ohne alle hereditäre Anlage, ein sonst nüchterner und gesitteter junger Mann, hatte die Nacht vom 2. auf den 3. Mai 1874 in Gesellschaft einiger Altersgenossen bei Wein und Spiel durchgebracht. Von den (obwohl nicht im Uebermass) genossenen Spirituosen und einem für seine bescheidenen Verhältnisse nicht ganz unbedeutenden Spielverluste in peinliche Aufregung versetzt, begab er sich gegen 3 Uhr Morgens mit einem der Kameraden in ein dem Dienste der Venus gewidmetes Haus, welches er nach etwa

einer halben Stunde, mit eben diesem Kammeraden, der ihn in seine ziemlich entfernt liegende Wohnung begleitete, verliess. Unterwegs verhielt sich K., der lebhaften Naturells ist und sich vorher ziemlich lärmend benommen hatte, auffallend düster und schweigsam, gab keine oder nur verkehrte Antworten und ging, bei seiner Wohnung angekommen, hinauf ohne auch nur von seinem Begleiter Abschied zu nehmen und dessen Gute Nacht-Wunsch zu erwidern. In seinem Zimmer, das er bei einer sehr anständigen Familie in Aftermiethe inne hatte, angekommen, legte er sich unausgekleidet auf das Bett. Wenige Minuten darauf wurde die nebenan schlafende Familie durch einen ungewohnten Lärm aufgeweckt, es schien als ob sich in K's Zimmer mehrere Personen wüthend herumbalgten. Der Miethsherr, um nachzusehen, was es gebe, öffnete die von seinen Gemächern in das Zimmer des K. führende Seitenthüre und betrat mit einem Lichte in der Hand das Zimmer des Letzteren. Kaum jedoch war er über die Schwelle getreten, als ihm das Licht aus der Hand geschlagen wurde und er mit einem schweren stumpfen Instrumente einige derbe Schläge auf die Achsel erhielt. Erschrocken eilte er aus K's Zimmer in seine eigene Wohnung zurück, K., Unverständliches murmelnd, im schnellsten Laufe ihm nach, wobei er das Bettchen eines zweijährigen Kindes umwarf und selbst mit dem Kopfe an einen Glasschrank anstiess. Die Gattin und Kinder des Miethsherrn erhoben ein entsetzliches Geschrei und flüchteten sich in eine rückwärtige Kammer die sie von innen absperrten, während der Miethsherr und die Magd um Assistenz eilten. Als sie nach einigen Minuten in die Wohnung zurückkehrten, hatte K., soweit es eben bei der herrschenden Finsterniss thunlich war, bereits eine vollständige Verwüstung unter allen Einrichtungsstücken angerichtet und was ihm eben in die Hände gefallen war, so weit es nur möglich war, zertrümmert, zerbrochen und umgeworfen, wobei er sich selbst mehrfach beschädigt hatte, so dass seine Hände stark bluteten.

Nicht ohne grosse Mühe wurde der immer um sich schlagende, heftigen Widerstand entgegensetzende K. gebändigt und in sein Zimmer zurückgebracht, wo er dann der ärztlichen Behandlung übergeben wurde. Der Paroxysmus dauerte im

Ganzen 5 Stunden, wonach ein ebenso langer Schlaf eintrat. Nach dem Erwachen vollständige Amnesie. K. konnte sich wohl an alle Vorfälle der lustig durchlebten Nacht und darauf, dass ihn ein Freund nach Hause begleitet, sowie, dass er sich unausgekleidet auf sein Bett gelegt hatte, aber an nichts weiter erinnern und war sehr beschämt über sein ihm selbst unbegreifliches, eines Jüngers der Weltweisheit so wenig würdiges Benehmen (?).

Sechster Fall.

Heinrich R., 46 Jahre alt, Handlungsbuchhalter, verheiratet, Vater dreier Kinder, mittelstarker Constitution, heiteren, etwas reizbaren Temperaments, gut situirt und in den angenehmsten Verhältnissen lebend, ohne organische Krankheits-Disposition, aber Gourmand und in Folge des Genusses schwer verdaulicher Leckereien häufig an Indigestionen und Unregelmässigkeiten der Stuhlentleerung leidend, kam am 4. September 1876 aus einer Delicatessenhandlung, wo er abermals des Guten zu viel gethan haben mochte, gegen 1 Uhr Nachmittags nach Hause. Etwa eine halbe Stunde später fühlte er sich sehr unwohl, er bekam Aufstossen, starkes Kopfweh, und eine Art Betäubung überfiel ihn, was ihn veranlasste, sich auf das Sopha zu legen, wo er einzuschlafen versuchte. Gegen 2 Uhr kam seine Gattin, mit der er sonst, einige durch seine Lieblingsneigungen veranlasste kleine Zwistigkeiten abgerechnet, im besten Einvernehmen lebt, von einem Besuche nach Hause, und als sie ihren Gatten in halb bewusstlosem Zustande, mit blutunterlaufenen Augen, gleichsam röchelnd und unbeweglich daliegen sah, näherte sie sich, ähnliche Vorkommnisse nicht ungewöhnt, ihm mit dem sanften Vorwurfe: „O Heinrich, Du hast Dich gewiss wieder bei M. (dem Delicatessenhändler) übernommen." Kaum hatte sie diese Worte ausgesprochen, als er wüthend vom Sopha auffuhr, sie beim Halse packte und unter grässlichem Schimpf und Drohungen würgte; dann liess er plötzlich von ihr ab, warf sich auf seinen, der Mutter zu Hilfe eilenden jammernden 13jährigen Sohn, stiess ihn zu Boden, gab der Köchin, welche, durch den Lärm erschreckt, in's Zimmer geeilt kam, einen Fusstritt in den Bauch, dass

sie vor Schmerz aufschreiend zu Boden sank, und begann hierauf in der, allen derartigen Tobsüchtigen gemeinsamen monotonen Art und Weise gegen Alles in der Umgebung zu wüthen. Mit grosser Mühe wurde er bewältigt, und nachdem der Paroxysmus durch $3^1/_2$ Stunden gedauert hatte, stellte sich bei etwas Ruhe und reichlichem Stuhlgang heftiges Erbrechen und unverweilt darauf ein siebenstündiger Schlaf ein. Beim Erwachen vollständige geistige Integrität. Er erinnerte sich nur bis zu dem Moment, als seine Gattin in das Zimmer getreten war — an nichts weiter. Beim Delicatessenhändler will er sich keineswegs übernommen, wohl aber will er seit vier Tagen an Obstruction und Blutwallungen gelitten haben. Er war über sein Betragen gegen Weib und Kind auf das tiefste betrübt und gab das feierliche Versprechen, in Hinkunft seinem Hange zur Gourmandise nicht wieder zu fröhnen, ein Versprechen, welches er allerdings nicht gehalten hat, obwohl ihm seit jener Zeit kein neuerlicher Anfall mehr zugestossen ist.

Siebenter Fall.

Ladislaus St., 29 Jahre alt, herrschaftlicher Beamter, intelligent, aber leichtsinnig, im Dienste nachlässig und von seinem Vorstande mehrmals mit Anzeige bei der Gutsherrschaft und Dienstes-Entlassung bedroht, erhielt am 18. März 1874, weil er um eine Stunde zu spät im Amte erschienen war, von eben diesem Vorgesetzten einen scharfen Verweis mit dem Beifügen, dass er, sobald er sich nochmals die geringste Unregelmässigkeit im Dienste zu Schulden kommen lasse, unnachsichtlich werde fortgejagt werden. Diese Drohung scheint ihm etwas zu Herzen gegangen zu sein, wenigstens beklagte er sich, als er vom Amte nach Hause gekommen war, bei seiner alten Mutter, mit welcher er wohnte und die ihm die Wirthschaft führte, in bitteren Ausdrücken über die angebliche Rohheit und Hartherzigkeit seines Chefs, ass zu Mittag wenig und blieb den ganzen Tag über verstimmt. Am Abende war St., der ein ausgezeichneter Violinspieler ist, bei einer der Gattin eines guten Freundes zu Ehren ihres Namenstages abgehaltenen musikalischen Unterhaltung, in gewohnter guter Laune, mitthätig und bei dem nachfolgenden, bis in die

späte Nacht hinein verlängerten Souper hatte er dem feurigen Ungarweine so wacker zugesprochen, dass er, obwohl nicht betrunken, doch in stark angeheiterter Stimmung gegen 2 Uhr Morgens in seine Wohnung zurückkam. Er legte sich zu Bette, konnte aber, wie er angibt, lange nicht einschlafen. Um 7 Uhr Morgens weckte ihn die Mutter, konnte ihn aber, obwohl sie ihn inständigst bat, heute zur rechten Zeit im Amte zu erscheinen und dem so strengen, gegen ihn ohnehin aufgebrachten Vorgesetzten nicht neuen Anlass zur Unzufriedenheit zu geben, nicht zum Aufstehen bewegen. Er lieh ihrem Zureden kein Gehör, schlief noch einige Zeit und kam statt um 8 Uhr, wie es hätte der Fall sein sollen, erst nach 10 Uhr auf das Amt. Statt ihn aber dort mit Vorwürfen zu empfangen, bedeutete ihm der Amtschef kalt und gelassen, dass nunmehr alle Nachsicht wirklich ihr Ende erreicht habe, dass noch heute der Antrag auf seine Entlassung an die Gutsherrschaft abgesendet werden solle; er möge seine Sachen zusammenpacken, sich gleich entfernen und in Hinkunft vom Amte, wo man ihn ohnehin zu nichts brauchen könne, wegbleiben. St. verliess hierauf schweigend das Bureau und begab sich in ein Kaffeehaus, wo er durch mehrere Stunden Billard spielte und verschiedene Gläser starken Liqueur trank, während welcher Zeit allen Anwesenden seine ungewöhnliche Gereiztheit, unnatürliche wechselnde Stimmung und die Röthe seines Gesichtes auffiel. Um 2 Uhr begab er sich nach Hause, wo ihn seine Mutter wie gewöhnlich mit dem Essen erwartete. Er setzte sich mit ihr zu Tische, ass aber wenig und sprach längere Zeit gar nichts, bis er endlich nach dem Genusse einiger Gläser Wein anfing, sich in eine Fluth von Schmähungen gegen seinen Amtschef zu ergiessen und in halbverwirrter und unzusammenhängender Rede seiner Mutter die heutige Begegnung mit dem Vorgesetzten und die bevorstehende Dienstesentlassung mitzutheilen. Die alte Frau brach über die letztere Eröffnung in lautes Jammern aus, machte ihrem Sohne heftige Vorwürfe, dass er ja nur selbst durch seine Liederlichkeit es dahin gebracht habe, und schloss mit den Worten, dass der Bureau-Vorstand mit ihm jahrelang Geduld gehabt habe und es nicht zu verwundern sei, wenn er dieselbe jetzt

endlich verloren habe. Plötzlich sprang St. mit wildfunkelnden Augen vom Stuhle auf, stürzte sich mit drohenden Geberden auf seine Mutter, die glücklicherweise durch einen ziemlich breiten Tisch von ihm getrennt sass und noch Zeit hatte, sich hinter einen Schrank zu flüchten, los, und indem er ausrief: „Wie, also auch Du gibst diesem Hallunken Recht! — Dafür musst Du jetzt hin werden, du alte H . . ." begann er an dem Schranke, hinter dem sich die alte Frau versteckt hatte, zu rütteln, liess aber, da er wegen der Schwere dieses Möbels nicht damit zu Stande kam, es zu bewegen, alsbald davon ab und begann nun das Essgeschirr, Gläser, Fenster, Spiegel, kurz Alles, was in der Nähe lag, zu zertrümmern und untereinanderzuwerfen, wobei er ein dem eines wilden Thieres nicht unähnliches Gebrülle ausstiess. Ueber den Lärm waren mehrere Nachbarn und die Hausdienerschaft herbeigeeilt und bändigten mit schwerer Mühe den Wüthenden, der eben mit der Demolirung des Ofens beschäftigt war und sich mit dessen Trümmern gegen die Angreifer in wilder Wuth vertheidigte. Der Paroxysmus dauerte, mehrmals durch beinahe einstündigen unruhigen Schlummer unterbrochen, bis 11 Uhr Abends, wo endlich nach einem neuerlichen, etwas schwächeren Anfalle und viertelstündiger Erschöpfung voller, tiefer, bis zum Morgen ununterbrochen währender Schlaf eintrat. Beim Erwachen, bis auf einige Mattigkeit und geistige Ermüdung, völlige somatische und psychische Integrität. Die Erinnerung reichte nur bis zu dem Momente, als St. seiner Mutter die Eröffnung des ihm bevorstehenden Dienstverlustes gemacht hatte, von dem weiter Vorgefallenen will er nichts wissen; nur ganz dunkel schwebe es ihm vor, dass mehrere Leute ihn in nicht eben sanfter Weise auf das Bett geworfen und dort festgehalten hätten. — St., der ausgeprägten sanguinischen Temperamentes ist, hatte in seinen frühesten Kinderjahren an Fraisen gelitten und vor acht Jahren ein mehrmonatliches Fieber durchgemacht, sein Vater war am Schlagflusse, zwei ältere Geschwister an der Tuberculose gestorben. Weiter liess sich in anamnestischer Beziehung nichts sicherstellen. Angestrengter Arbeit war er stets abhold, aber auch nicht zu Excessen im eigentlichen Sinne geneigt, obwohl er in lustiger Gesellschaft, die er gerne

aufsuchte, mitunter mehr trank, als eben nöthig. Ueber sein weiteres Schicksal ist uns nur so viel bekannt, dass er bald nach diesem Vorfalle mit seiner Mutter Budapest verliess, bei einer Musikcapelle in der Provinz eine Anstellung fand und sich ganz wohl befindet.

Achter Fall.

Samuel W., 40 Jahre alt, verheiratet, Börsesensal, hatte an einem ungewöhnlich kalten Tage die Börse besucht, in deren Räumen — sei es nun in Folge übermässiger Heizung oder des starken Menschenandranges — eine enorme Hitze herrschte. Nach kaum viertelstündigem Aufenthalte daselbst fühlte sich W., ein starker, vollblütiger Mann, etwas unwohl, der Kopf schmerzte ihn, sein Blick umflorte sich, aber da es sich um eine für ihn sehr wichtige Angelegenheit handelte und er einen Collegen, von dem er sich übervortheilt glaubte, zur Auseinandersetzung und Abrechnung erwartete, verblieb er ungeachtet seines Unwohlseins. Als der erwartete College erschien, entspann sich alsbald zwischen ihm und W. ein heftiger Wortwechsel, an welchem sich auch mehrere andere Börsenbesucher betheiligten. W., ein überhaupt sehr hitziger, durch sein gegenwärtiges Uebelbefinden noch mehr aufgeregter, gegen seinen Collegen ohnehin erbitterter Mensch, liess sich endlich gegen Letzteren zu einer nicht näher zu bezeichnenden, höchst salonwidrigen Aufforderung hinreissen, welche der Andere durch eine derbe Ohrfeige erwiderte. Da auch die übrigen Anwesenden gegen W. Partei nahmen, erübrigte diesem nichts Anderes, als die erlittene Schmach einstweilen einzustecken, und entfernte er sich begreiflicherweise in höchster Aufregung aus den Börselocalitäten. Ueber die kalte Gasse begab er sich in ein ungefähr 500 Schritt entferntes, von den Börsianern häufig besuchtes Winkelkaffeehaus, wo ebenso wie im Börsesaale eine tropische Hitze herrschte. Kaum war er in das niedrige, dunkle, von Tabakqualm und anderen üblen Dünsten erfüllte kleine Zimmer eingetreten und hatte sich daselbst auf einen Rohrstuhl gesetzt, als er auch sammt dem letzteren umfiel und zu Boden stürzte, wo er bewusstlos liegen blieb. Die Anwesenden, in der Meinung, es habe ihn ein

Schlagfluss betroffen, eilten bestürzt herbei, aber kaum hatten sie ihn vom Boden erhoben, als er plötzlich mit wilder Kraft blindwüthig auf alle Umstehenden dreinzuschlagen begann. Mit gesträubten Haaren, wildrollenden Augen, schweissbedeckter Stirne und halbverständliche Sätze, wie: „Umbringen den Kerl — Schon fertig werden mit solchem Gesindel — Elender Räuber" u. dgl. murmelnd, schlug er mit aller Kraft der Hände und Füsse auf die sich ihm Nähernden los und konnte nur mit grosser Anstrengung bewältigt werden. Man setzte ihn endlich gebunden in einen herbeigeholten Wagen und liess ihn nach Hause bringen. Daselbst wurde sogleich der Arzt geholt und dem Kranken die sorgfältigste Pflege zu Theil. Der Paroxysmus dauerte mit wilder Heftigkeit bis 3 Uhr Nachmittags, wonach eine halbstündige Beruhigung eintrat, welcher ein ungefähr zweistündiger, von schweren Träumen begleiteter Schlummer folgte. Sodann erwachte der Kranke und erneuerte sich der Paroxysmus mit grosser Heftigkeit, gegen Mitternacht jedoch sich etwas abschwächend, dann abermals zweistündiger unruhiger Schlummer. Hierauf Erwachen bei vollständiger Apathie, allmälig zunehmende Aufregung, neuerlicher mehrstündiger Tobsuchtsanfall. So dauerte in stetem Wechsel von Paroxysmus, zeitweiser apathischer Beruhigung und mehr oder minder unruhigem kurzen Schlummer der Anfall bis zum Abende des anderen Tages fort, worauf sich endlich nach längerer Ruhepause ein fester, ununterbrochener, durch 8 Stunden dauernder kritischer Schlaf einstellte, aus welchem der Kranke, geistig vollkommen restituirt, erwachte. Die Erinnerung reichte bis zu dem Momente des Eintrittes in die Kaffeestube; von da an war sie vollständig erloschen. Der Gesammt-Anfall hatte, mit Einbegriff des kritischen Schlafes, einen Zeitraum von 44 Stunden in Anspruch genommen, muss daher als ein äusserst lange protrahirter angesehen werden. Weder war Häredität nachweisbar, noch Neigung zu Gehirnhyperämien im Allgemeinen vorhanden. Der mehrmalige rasche Temperaturwechsel, die mehrfache grosse Gemüthsaufregung und der Aufenthalt in der betäubenden Atmosphäre des Winkelkaffeehauses sind genügend klare occasionelle Momente des Anfalles, der sich in der Folge nicht wiederholt hat.

Neunter Fall.

Géza T., 23 Jahre alt, Techniker und Einjährig-Freiwilliger eines Infanterie-Regimentes, aus einer begüterten und angesehenen siebenbürgischen Familie, hatte anlässlich einer in dieser Familie stattfindenden Hochzeitsfeierlichkeit einen zehntägigen Urlaub von B. in seine Heimat erhalten. Da er die für den Aufenthalt in S. bemessene Zeit unbedachterweise überschritt, gelang es ihm, ungeachtet er durch 48 Stunden ohne Unterbrechung reiste, dennoch nicht, den zu seiner Rückkehr bestimmten Termin einzuhalten und er erhielt von seinen Militär-Vorgesetzten wegen Urlaubsüberschreitung einen scharfen Verweis, den sich der leicht reizbare, sehr ehrgeizige junge Mann sehr zu Herzen nahm. Seinen Verdruss zu übertäuben, trank er am Abend in der Cantine etwas mehr als gewöhnlich, begab sich sodann auf sein Zimmer, welches er mit einem augenblicklich nicht anwesenden Kameraden L. theilte, setzte sich auf einen Stuhl und versank in Hinbrüten. Gegen 10 Uhr Abends kehrte dieser Zimmerkamerad (ein anderer Freiwilliger) nach Hause, und als er den T. wie leblos auf dem Stuhle dasitzen sah, redete er ihn mit den Worten an: „Was treibst Du denn da? Geh' lieber schlafen." T. erhob sich maschinenmässig vom Stuhle und begann sich zu entkleiden, kaum aber hatte er die Oberkleider abgelegt, als er plötzlich das auf dem Tische liegende Brodmesser ergriff und auf seinen sich eben in's Bett legenden Kameraden mit dem Rufe zustürzte: „Hund, jetzt musst Du sterben!" L. hatte eben noch Zeit, ihn fest am Arme zu packen und den Streich abzuwenden, während er mit lauter Stimme um Hilfe schrie, wobei ihn T. mit wahrem Wuthgebrülle accompagnirte. Aus dem nahe befindlichen Mannschaftszimmer eilten nun mehrere Leute herbei; unterdessen hatte sich T. mit grosser Kraftanstrengung von L. befreit, das Messer fallen gelassen und einen Stuhl ergriffen, mit dem er die Eintretenden wüthend angriff und einen Mann nicht unbedeutend beschädigte. Er biss um sich, stiess, wenn er Hände und Füsse nicht verwenden konnte, mit dem Kopfe, schimpfte Alle „Mörder, Räuber" u. dgl., herrschte dem herbeigeholten, ihn zur Ruhe

verweisenden Inspectionsfeldwebel „Maulhalten, Bestie" zu und konnte nur mit äusserster Gewalt und Anwendung mechanischer Zwangsmittel gebändigt werden. Man legte ihn auf das Bett, wo er nach 2 Stunden wilder Aufregung plötzlich einschlief. Am Morgen erwachte er vollkommen gesund und war ausser Stande, zu begreifen, was mit ihm vorgefallen war. Er war ein Mann von feiner Bildung und ruhigem, gesittetem Benehmen; mit seinem Kameraden L. hatte er stets in bester Eintracht gelebt, von hereditärer Belastung war keine Rede, er war stets körperlich und geistig gesund gewesen, kein Trinker, hatte auch am Abende vorher (obwohl mehr als er sonst zu thun pflegte) nur einen halben Liter leichten Weines getrunken, und es war nach der Aussage aller Gäste in der Cantine weder in der Rede noch im Benehmen die geringste Spur von Trunkenheit ihm anzusehen und er hatte noch beim Weggehen in der Thüre einige freundliche Worte mit dem Cantinenwirthe gewechselt. Wie gewöhnlich bildete auch in diesem Falle eine Confluenz ätiologischer Momente (körperliche Ermüdung durch die lange dauernde ununterbrochene Reise) eine heftige Gemüthsbewegung (gekränktes Ehrgefühl) und das überdies noch auf leeren Magen genossene Spirituosum die Veranlassung zum Ausbruche. T. hatte wegen dieses unliebsamen Vorfalles glücklicherweise keine weiteren Unannehmlichkeiten, er verliess nach Ablauf des Freiwilligenjahres den Militärstand, fand eine seinen Kenntnissen und Neigungen entsprechende Anstellung im Civil-Staatsdienste und erfreut sich, wie wir wiederholt zu erfahren Gelegenheit hatten, seiner ungestörten vollen geistigen und körperlichen Gesundheit.

Zehnter Fall.

Anatol M., 32 Jahre alt, aus Lyon gebürtig, Lehrer der französischen Sprache, leidenschaftlichen und sinnlichen Temperaments, befand sich an einem Faschings-Abende bei einer Tanzunterhaltung in einem Gasthause niederen Ranges. Eine der Tänzerinnen, Marie B., Tochter eines unbemittelten Handwerkers, aber in Folge ungewöhnlicher körperlicher Vorzüge in hohem Grade von sich eingenommen, sich zu glänzender Versorgung berechtigt glaubend und daher gegen unbemittelte

Freier sehr spröde und zurückhaltend, zog seine Aufmerksamkeit auf sich. Seine Bemühungen, sich der Schönen, die er zum erstenmale sah, zu nähern, blieben ohne allen Erfolg und seine Aufforderung zur nächsten Quadrille wurde mit einem schnippischen: „Ich tanze nicht!" abgewiesen. Ueber diese Abweisung höchst verdrossen, zog sich M. in das Nebenzimmer, wo sich das „Buffet" befand, zurück, trank daselbst ein Glas Punsch und bemerkte zu seinem grossen Aerger, dass Marie B., die seinen Antrag unter dem Vorwande, nicht zu tanzen, abgewiesen hatte, sich soeben mit einem gewissen Sz., dem Sohne eines für sehr vermöglich gehaltenen Vorstadt-Hausherrn, zur Quadrille anschicke. Nachdem die erste Figur beendet war, stürzte er in höchster Aufregung auf Marie B. zu und stellte sie in heftigen Worten zur Rede, dass sie ihn unter dem Vorgeben, überhaupt nicht zu tanzen, abgewiesen habe, während sie doch mit einem Anderen tanze. Sein ungeziemendes Benehmen erregte allgemeinen Unwillen und zog ihm sowohl von Seite des Hausherrnsohnes als der anwesenden Mutter der Marie B. eine derbe Abfertigung zu. Mit einigen groben Worten, welche von Seite der „Ballgäste" die Drohung mit „Hinauswerfen" und „Polizeirufen" zur Folge hatte, zog er sich abermals in das „Buffet" zurück und trank ein zweites Glas Punsch, die Augen stets auf die schöne Marie und deren anscheinend begünstigten Anbeter gerichtet. Unterdessen hatte sich in den überfüllten, nur mässig grossen Localitäten eine drückend schwüle Temperatur entwickelt und M. fühlte, wie er später angab, in Folge dieser Hitze sein „Herz heftig pochen" und all' sein Blut in den Kopf steigen. Er erhob sich von seinem Stuhle und lehnte sich taumelnd an die vom „Buffet" zum „Tanzsaale" führende Thüre. Nachdem er einige Minuten so mit glotzendem Auge gestanden hatte, sprang er plötzlich, wie ein wildes Thier brüllend, in den Tanzsaal hinein, ergriff den ersten ihm zunächst stehenden Tänzer, schleuderte ihn von sich und suchte dann durch das dichte Gedränge der „Herren" und der laut aufschreienden „Damen" rücksichtslos mit Faustschlägen und Fusstritten sich einen Weg zur Ausgangsthüre zu bahnen, wobei er fortwährend abwechselnd ungarische und französische Fluchworte ausstiess und Alle mit dem Tode be-

drohte. Ungeachtet seines kräftigen Widerstandes wurde er von der vorhandenen Uebermacht bald gebändigt und in den Polizeiarrest gebracht. Im Arrestlocale raste er bis 4 Uhr Morgens in ähnlicher Weise fort, um welche Zeit er in einen tiefen Schlaf verfiel, aus welchem er nach 6 1/2 Stunden geistig völlig genesen erwachte, gar nicht begreifend, wie er in den Arrest gerathen sei. Seine Erinnerung reicht nur bis zu dem Momente, wo ihm vor allzu grosser Hitze unwohl wurde und er die heftigen Wallungen des Blutes zum Kopfe verspürte. Die Polizei veranlasste die Begutachtung seines Zustandes durch einen Arzt, der aber ausser einem organischen Herzleiden nichts Abnormes constatiren konnte. Auf sein flehentliches Bitten, ihm in seinem Renommé und Berufe nicht zu schaden, und da der Excess keine schädlichen Folgen nach sich gezogen hatte, M. auch sonst unbescholten war, wurde er von der Polizei mit einem einfachen Verweise nach Hause entlassen. Anamnestische Daten über ihn konnten nicht ermittelt werden, eine neuro- oder psychopathische Belastung anzunehmen lag kein Grund vor, als Trunkenheits-Excess konnte sein Benehmen nicht gedeutet werden, da er nichts Anderes als zwei mässig grosse Gläser Punsch getrunken hatte, von dem er, obwohl kein habitueller Trinker, bei anderen Gelegenheiten weit mehr ohne allen Nachtheil zu vertragen pflegte. Wohl aber hat das Spirituosum im Vereine mit der geschlechtlichen Erregung, die Kränkung über die erlittene Zurücksetzung und die schwüle, dumpfe Tanzboden-Atmosphäre bei dem in Folge seines organischen Herzleidens ohnehin zu häufigen und heftigen Kopfcongestionen prädisponirten Individuum den Anfall transitorischer Tobsucht herbeigeführt.

Eilfter Fall.

Stefan V., 24 Jahre alt, absolvirter Rechtshörer, Sohn eines vermöglichen Bürgers und im Hause seiner Eltern lebend, schwächlicher Leibesbeschaffenheit und heftigen, cholerischen Temperaments, hatte vor einigen Tagen die Staatsprüfung zwar mit glänzendem Erfolge bestanden, war jedoch durch die anstrengenden, oft durch ganze Nächte, in welchen er sich durch den Genuss schwarzen Kaffees wach zu erhalten suchte, fort-

gesetzten Studien an Körperkräften sehr herabgekommen und es hatte seine Reizbarkeit in hohem Grade zugenommen. Widrige Familienverhältnisse, da seine Eltern nicht in bester Harmonie lebten und es oft Streit und Hader im Hause gab, hatten überdies viel beigetragen, um ihn stets in unbehaglicher Stimmung zu erhalten. Am Nachmittage des 17. December 1874 war es abermals zwischen den beiden Gatten zu heftigen Auftritten gekommen, an welchen auch Stefan V. participirt hatte, und obwohl der Streit mit einer Versöhnung abschloss, hatte doch V., wie er selbst angibt, in Folge des ausgestandenen Aergers heftige Kopfschmerzen bekommen. Um 8 Uhr Abends setzte man sich zu dem Souper, welches, wie gewöhnlich, frugal war und in friedlicher Weise verlief. Nach demselben wurde eine Whistpartie arrangirt, an welcher sich Stefan V., sein Vater, ein junger College V.'s und eine im Hause lebende ältliche Anverwandte betheiligten. Man setzte sich zum Whisttische. Stefan V. spielte ruhig, aber auffallend zerstreut, ohne dass bei seinem bekannten auffahrenden und rechthaberischen Charakter Jemand gewagt hätte, ihm darüber einen Vorwurf zu machen. Plötzlich, als eben die Reihe zum Kartentheilen an ihm war, sprang er vom Stuhle auf und warf, etwas Unverständliches murmelnd, das ganze Spiel Karten seiner Partnerin in's Gesicht, die über diesen unerwarteten und unverdienten Affront laut weinend aus dem Zimmer entfloh. Die Anderen sahen betroffen auf Stefan V., der einige Secunden starr wie eine Bildsäule mit herabgesunkenen Händen dastand, plötzlich aber, aus diesem Hinbrüten auffahrend, seinem Collegen T. ohne alle Veranlassung einen Stoss auf die Brust versetzte. T., erzürnt, ergriff ihn am Rockkragen, aber der ältere V. und dessen gleichfalls anwesender Vetter R., welcher Zuschauer des Spieles gewesen war, trennten gewaltsam die Beiden, die eben mit einander zu ringen begannen. Stefan V. stürzte nun auf den Spieltisch und warf ihn mitsammt den darauf befindlichen Leuchtern um, so dass im Zimmer dichte Finsterniss herrschte. Während nun die Anderen um Licht schrieen, hörte man einen zweiten dumpfen Fall, und als die Köchin mit einer brennenden Kerze in's Zimmer trat, sah man den unweit der Thür stehenden grossen schweren Kasten umgeworfen und

Stefan V. auf demselben mit den Füssen stampfend. Man ergriff ihn und brachte ihn — nicht ohne heftiges Widerstreben und zeitweises Dreinschlagen von seiner Seite — zu Bette, in welchem er sich aber ohne Unterlass herumwarf und mit Händen und Füssen, ja selbst mit dem Kopfe um sich stiess; der herbeigerufene Arzt constatirte heftige Congestionen zu Kopfe, 115 Pulsschläge in der Minute, starkes Herzklopfen, völlige Bewusstlosigkeit, aber weder Fieber noch Krämpfe. Medicamentöse Einwirkung war bei der psychischen und körperlichen Erregtheit des Kranken, der jeder Beruhigung Widerstand leistete, nicht gut möglich. Man begnügte sich damit, ihn im Bette festzuhalten und den Verlauf zu beobachten. Um 2 Uhr Morgens trat unvermittelt fester, bis 10 Uhr dauernder Schlaf ein. Hierauf vollständige psychische Restitution und Amnesie. Die Erinnerung reichte nur bis zum Schlusse des Soupers und dem Beginne der Whistpartie. Häreditäre Belastung war nicht vorhanden, dagegen lassen sich andere prädisponirende, sowie die occasionellen Momente in diesem Falle leicht nachweisen, auch gehört der Fall in die Reihe jener seltenen, in welchen sich der Tobsuchts-Paroxysmus wenn auch immerhin in bösartiger und feindseliger, doch nicht in furibunder Weise entladet und die psychische und motorische Erregung, sowie der begleitende Zornaffect nur mit geringerer Intensität bestehen. Stefan V., durch den nicht lange darauf erfolgten Tod seines Vaters, dessen einziges Kind er war, zum reichen Manne geworden, lebt gesund und in den glücklichsten Verhältnissen, ohne je wieder einen Anfall von transitorischer Tobsucht erlitten zu haben.

Zwölfter Fall.

N. N., Doctor und Staatsbeamter, 35 Jahre alt, glücklich verheiratet, seit vielen Jahren dem Verfasser intim befreundet, kam im Sommer aus seinem Anstellungsorte in der Provinz nach der Hauptstadt, um eine mit seiner vorgesetzten Behörde entstandene Differenz durch seine persönliche Anwesenheit zu schlichten. Man hatte ihn der Nachlässigkeit im Dienste und der Renitenz gegen behördliche Anordnungen beschuldigt. Nach vielen Unannehmlichkeiten und erst nach längerer Zeit

gelang es ihm, sich von den gegen ihn erhobenen Anschuldigungen zu purificiren. Stets etwas eitel und von seinen Verdiensten eingenommen, forderte er nun als Satisfaction für das ihm angethane Unrecht die Verleihung eines höheren Amtsgrades, und obwohl ihm von massgebender Seite bedeutet wurde, dass hievon gar keine Rede sein könne und alle seine Freunde ihm von weiteren Schritten in dieser Richtung abriethen, liess er doch nicht davon ab, bei der Behörde zu petitioniren. Als er eines Vormittags bei einem neuerlichen Besuche im Amte die Nachricht erhielt, dass der betreffende Referent in dieser Angelegenheit einen für ihn äusserst ungünstigen Vortrag erstatten werde, verliess er zornentbrannt das Amtsgebäude, um sich in seine Wohnung zu verfügen. Auf einer der belebtesten Strassen fiel er plötzlich zusammen; von den herzueilenden Passanten aufgehoben, brüllte er halb unverständliche drohende Worte, schlug mit allen Kräften auf jeden sich ihm Nähernden, zertrümmerte mehrere Auslage-Fensterscheiben und es gelang nur mit grosser Mühe, ihn zu bewältigen und in das Spital zu überführen. Dort dauerte der Tobsuchtsanfall in furibunder Weise noch mehrere Stunden; jeder Versuch einer medicamentären Behandlung blieb bei der höchstgradigen motorischen Erregung des Kranken fruchtlos, bis plötzlich ein tiefer Schlaf eintrat, der durch 10 Stunden währte. Nach dem Erwachen vollständige geistige Integrität, ruhige Stimmung und völlige Amnesie des Vorgefallenen. Als ihm das Geschehene mitgetheilt wurde, bezeichnete er selbst mit klarem Einblicke sein Leiden als einen transitorischen Tobsuchtsanfall und verblieb noch freiwillig einige Tage im Spitale, aber ohne dass sich etwas physisch oder psychisch Abnormes weiter bei ihm gezeigt hätte. N. N. ist von starker plethorischer Constitution und hat in Folge angestrengter Studien und Nachtwachen seit seinen Universitätsjahren häufig an Congestionen gelitten, welche sich insbesondere in Fällen stärkerer Gemüthsaufregungen mit grosser Heftigkeit einzustellen pflegten. Hievon abgesehen, war er stets von vollkommener, ja blühender Gesundheit und heitersten Temperaments. In seiner Familie ist nie ein Fall neuro- oder psychopathischer Erkrankung vorgekommen; mehrere Mitglieder der-

selben bekleiden theils beim Civile, theils beim Militärstande in ehrenvoller Weise höhere Anstellungen. Auch N. N. ist unmittelbar nach dem Vorfalle auf seinen Dienstposten in die Provinz zurückgekehrt, wo er unter demselben unmittelbaren Amtschef und unter keineswegs angenehmeren Dienstesverhältnissen, wie früher, mit Eifer und Aufopferung seinen Berufspflichten obliegt, ohne dass er, obwohl seitdem mehrere Jahre vergangen sind, einen neuerlichen Anfall von transitorischer Tobsucht zu erleiden gehabt hatte. — Dieser geradezu mit classischen Symptomen verlaufende typische Fall, der seinerzeit grosses Aufsehen und allgemeines Interesse erregt hat, scheint uns allein schon hinreichend, den Bestand der transitorischen Tobsucht, als einer von allen anderen Psychosen wesentlich verschiedenen psychischen Krankheitsform sui generis zu erweisen, da er jede andere Erklärung unbedingt ausschliesst.

Dreizehnter Fall.

Johann M., ungefähr 40 Jahre alt, Weinbauer auf dei unweit der Dr. Schwartzer'schen Heilanstalten zu Ofen befindlichen Besitzung des Herrn J. Ritter v. W., von starker, kräftiger Constitution, stets nüchtern, solid und fleissig, verheiratet und seiner Gattin sehr zugethan, kam eines Abends im Mai, nachdem er tagsüber im Weingarten seines Herrn gearbeitet hatte, nach Hause und begab sich zum Brunnen, um daselbst gewohnheitsgemäss seine Hände zu waschen. Seiner ihn zu begrüssen herbeigekommenen Gattin fiel es auf, dass er, obwohl es noch ganz licht war, die Zugstange des Brunnens nicht finden konnte und neben wie unter derselben herumtappte. Zugleich bemerkte sie, dass sein Gesicht dunkel geröthet war und seine Augen mit fürchterlichem Ausdrucke in den Höhlen rollten. Erschrocken fasste sie ihn bei der Hand, um ihn nach dem Zimmer zu führen, doch plötzlich fiel er über sie her, ergriff sie bei den Haaren und liess eine ungezählte Menge Schläge auf ihren Kopf, Gesicht und Nacken herabregnen, wobei er ihr unausgesetzt zurief, sie müsse jetzt hinwerden. Auf das Geschrei des Weibes liefen mehrere Inwohner des Hauses herbei, die den Wüthenden vergebens in

das Wohnzimmer zu bringen trachteten, während zugleich in die benachbarte Schwartzer'sche Anstalt um einen Arzt geschickt wurde. Letzterer eilte mit zwei Pflegern herbei und fand den Patienten, der sich von seinen Angreifern loszumachen gewusst hatte, auf der Brust seiner Gattin knieend und letztere entsetzlich misshandelnd. Er wurde nunmehr mit Gewalt von dem bedauernswerthen Opfer seiner Raserei getrennt, auf sein Bett gebracht und, da der Paroxysmus immer höher stieg, er sich in wilde Schmähungen ergoss, Alle mit dem Tode bedrohte und stets aus dem Bette springen wollte, mit Leintüchern festgebunden, ihm die Schutzjacke angelegt und Eisumschläge auf den Kopf applicirt. Um 11 Uhr (nach fünfstündiger Dauer des Paroxysmus) schlief er fest ein. Die Röthe des Gesichtes verlor sich, der Athem wurde regelmässig, der Puls sank auf 70, selbst die Beseitigung der mechanischen Zwangsmittel und die laut in seiner Nähe geführten Gespräche erweckten den Kranken nicht aus seinem Schlafe. Zwei Pfleger wurden über Nacht bei ihm belassen. Um 4 Uhr Morgens wachte er wie gewöhnlich auf und fragte, was es denn mit ihm gebe? Man erwiderte ihm (wie der Arzt aufgetragen hatte), er habe ein starkes Fieber gehabt, was er selbst für ganz gut möglich erklärte, da er sich am ganzen Körper wie gebrochen fühle. Er sprach im Uebrigen vollkommen vernünftig, blieb auf Zureden des Wärters ruhig im Bette und erkundigte sich häufig nach seinem Weibe, welches in Folge der erlittenen Misshandlungen stark contusionirt und mit Eisumschlägen bedeckt im Nebenzimmer lag. Um 8 Uhr Morgens besuchte ihn der Arzt, und als er aus dessen Munde den wahren Sachverhalt erfuhr, fand er „die ganze Geschichte unglaublich", und als man ihm in Gestalt seiner Gattin das Corpus delicti vorwies, sagte er treuherzig: „Wenn ich es auch wirklich gethan habe, Gott ist mein Zeuge, ich weiss nichts davon." Die vorgenommene scrupulöseste Untersuchung ergab nicht die mindeste Abnormität, auch hatte er weder ein Spirituosum getrunken, noch mit seinem Weibe oder sonst Jemandem vorher einen Streit gehabt; hereditäre Belastung konnte nicht sichergestellt werden. Er hatte vorher nie einen ähnlichen Anfall erlitten, den gegenwärtigen schrieb er der

schweren Arbeit und der Sonnenhitze zu; aber obwohl er später häufig ebenso schwere und noch schwerere Arbeit selbst in grösserer Hitze zu verrichten hatte, wiederholte sich der Anfall dennoch nicht und blieb Johann M. körperlich und geistig vollkommen gesund, bis er nach ungefähr dritthalb Jahren in eine Lungen-Entzündung verfiel, welche nach Angabe seiner Gattin überhaupt seine erste und einzige körperliche Krankheit gewesen sein soll und die in rapidem Verlauf seinen Tod herbeiführte.

Vierzehnter Fall.

N. F., 10 Jahre alt, häreditär nicht belastet, von gesunden, geistig aussergewöhnlich begabten, allgemein geachteten Eltern entstammend, seinem Alter gemäss entwickelt, sehr talentirt, mit vorzüglichem Gedächtnisse begabt, gesittet und folgsam, seinen Eltern und Geschwistern sehr anhänglich — hatte sich durch mehrjährigen Aufenthalt in einer sumpfigen, häufigen Ueberschwemmungen preisgegebenen Gegend Wechselfieber zugezogen, und zwar bald die Quotidiana, bald die Tertiana und Quartana. Die Anfälle waren stets sehr heftig, von 40·5^0 bis 41^0 im Paroxysmus, verliefen aber ohne jedwede Störung im Nerven- und Seelenleben und liessen sich jedesmal durch entsprechende Chinin-Dosen beseitigen. Diese Malaria-Fieberanfälle wiederholten sich in jedem Jahre nach beendeter Regenzeit beim Eintreten des wärmeren Sommerwetters. Die besorgten Eltern hielten es daher im vorigen Jahre für räthlich, mit dem Knaben noch vor Beginn der Regenzeit den ungesunden Aufenthaltsort zu verlassen und in die Hauptstadt zu übersiedeln. In Budapest angekommen, war der Knabe anfangs wohl gesund und heiter, nach zwei Wochen stellten sich aber neuerdings Wechselfieber-Anfälle ein, die sich an jedem dritten Tage wiederholten. Der nach dem zweiten Anfalle herbeigerufene Consiliar-Arzt Dr. Karl Lechner verordnete ein Gramm Chinin bisulf. in drei Dosen. Ungeachtet dieses Arzneimittels kam es aber noch zu einem dritten Anfalle, wobei die Temperatur in der Achselhöhle 41^0 erreichte, die einzelnen Fieberstadien einen regelmässigen Verlauf nahmen, das Sensorium aber gänzlich intact blieb. Physikalisch konnte

während und nach, sowie vor dem Anfalle eine geringe Milzvergrösserung constatirt werden. Eine der vorerwähnten, an Quantität und Form gleiche Gabe Chinin, am Vorabende des zu erwartenden nächsten Anfalles gereicht, hatte den Erfolg, dass der Fieberanfall gänzlich ausblieb und auch in den folgenden 10 Tagen nicht wieder auftrat. Am elften Tage, nach dem letzten Anfalle, stellte sich plötzlich, ohne alle Vorzeichen, ohne Ursache, beim Anscheine des besten Wohlseins eine heftige tobsüchtige Aufregung ein. Das Gesicht des Knaben und die Conjunctiven waren hoch geröthet, die Augen glänzten und rollten wild umher. Der Knabe lärmte und schrie, warf sein Spielzeug zur Erde und trat es mit Füssen, widersetzte sich gewaltsam, als man ihn zu Bette bringen wollte, drohte, er werde Alle erstechen, kratzte seine Mutter im Gesichte und versuchte seinen Vater in die Hand zu beissen, focht mit den Händen und Füssen in der Luft herum und beruhigte sich selbst dann noch nicht, als man ihn unter Gewaltanwendung in's Bett gebracht hatte. Diese Aufregung hatte 25 bis 30 Minuten gedauert; nachdem man ihm Eisumschläge auf den Kopf gelegt hatte, war der Knabe plötzlich eingeschlafen. So fand ihn der herbeigeführte vorerwähnte Arzt. Die Temperatur der Achselhöhle zeigte 41·1°. Zeichen des Fluxionszustandes zum Kopfe waren nicht mehr wahrzunehmen, die Eisumschläge wurden aber fortgesetzt. Nach vierstündigem, vollkommen normalem Schlafe erwachte der Knabe vollkommen gesund. Kein Fieber, kein Kopfschmerz oder sonstiges Unwohlsein, keine Unruhe oder Mattigkeit war an ihm wahrzunehmen. Er hatte nicht die geringste Erinnerung an den erlittenen Tobsuchtsanfall und war höchlichst über die Zumuthung erbittert, dass er sich gegen seine Eltern unartig und böswillig benommen haben sollte, er wusste nicht einmal, dass er an jenem Tage überhaupt unwohl gewesen sei. Seither hat der Knabe noch einen Wechselfieber-, jedoch ohne einen Tobsuchtsanfall zu bestehen gehabt. Unser Freund Dr. Karl Lechner, dem wir für die Mittheilung dieses ebenso seltenen als interessanten Falles zu Danke verpflichtet sind, knüpft daran folgende Bemerkung: „Es kann kein Zweifel darüber obwalten, dass dieses in Form eines tobsüchtigen An-

falles verlaufene Krankheitsbild durch einen Febris intermittens-Paroxysmus ausgelöst wurde. Da aber jene Wechselfieberformen, die mit sensualen, sensitiven, motorischen oder psychischen Störungen einhergehen, meistens als larvirte Wechselfieber auftreten und dabei in der Regel keine Temperaturerhöhung zeigen, und ausserdem noch die genannten Intermittensformen auch regelmässig in typischer Reihenfolge sich wiederholende ähnliche Erscheinungen bei jedem nachfolgenden Anfalle wiederspiegeln lassen, glaube ich mich zur Annahme berechtigt, dass die von Seite des Nervensystems erfolgten Symptome des obbeschriebenen Krankheitsbildes zwar durch den Fieberparoxysmus der Malaria-Infection ausgelöst wurden, keineswegs aber als mit Wechselfieberanfällen verbundene Erscheinungen zu betrachten sind, denn wäre letzteres der Fall, so müssten alle vorhergegangenen Paroxysmen bei derselben Körpertemperatur-Steigerung, bei denselben somatischen und psychischen Verhältnissen in demselben Individuum auch dieselben Symptome wiederholt hervorgebracht haben. Es erübrigt somit nichts Anderes, als diesen vereinzelten Tobsuchts-Paroxysmus nach so häufigen, durch mehrere Jahre wiederholten Malariafieber-Anfällen, als eine Art der sogenannten „Mania" transitoria aufzufassen, die sich aber von der reinen idealen Form dieser Psychose namentlich dadurch unterscheidet, dass sie nicht idiopathisch entstanden ist, sondern (ähnlich der durch Alkohol-Intoxication erzeugten sogenannten Mania ebriosa) durch den Malariafieber-Paroxysmus nur ausgelöst wurde."

Art. XXI.

Der transitorischen Tobsucht verwandte Zustände.

Um das typische Krankheitsbild der transitorischen Tobsucht nach allen Richtungen mit Schärfe und Genauigkeit zu begrenzen, dürfen wir nicht unterlassen, auch die Unterscheidungsmerkmale zwischen derselben und den symptomatisch verwandten Psychosen oder psychischen Anomalien genauestens zu präcisiren. Solche verwandte psychische Erkrankungen oder Anomalien, deren Verwechslung mit der transitorischen Tob-

sucht (wie uns die Literatur über die sogenannte Mania transitoria nur zu richtig beweist) leicht unterlaufen kann, sind hauptsächlich:

1. Die gemeine furibunde Tobsucht;
2. die periodische Tobsucht;
3. der sogenannte Raptus melancholicus (Melancholia transitoria), richtiger gesagt: der transitorische Angst-Paroxysmus;
4. der sogenannte Raptus epilepticus (Mania epileptica), die epileptische Tobsucht;
5. die sogenannten transitorischen neuralgischen Dysthymien (Dysphrenien);
6. der pathologische Zornaffect;
7. andere transitorische Bewusstseins-Störungen überhaupt und die Schlaftrunkenheit insbesondere.

Dass wir uns bei Besprechung dieser Zustände in den folgenden Artikeln eben nur auf Hervorhebung der differenzirenden Momente beschränken, ohne uns in eine erschöpfende Pathogenese und Symptomatik der verglichenen Krankheitsformen oder psychischen Alienationen einzulassen, wird wohl keiner Entschuldigung bedürfen.

Hinsichtlich der Differential-Diagnose der transitorischen Tobsucht von den gleichfalls verwandten Berauschungszuständen verweisen wir auf die Artikel XXX und XXXI.

Art. XXII.

Differential-Diagnose der transitorischen Tobsucht von der gemeinen furibunden Tobsucht.

Obwohl nur selten, so ereignen sich dennoch mitunter Fälle, dass Attaquen gewöhnlicher, von Wuthparoxysmen begleiteter acuter Tobsucht anscheinend beinahe unvermittelt das gesunde Seelenleben überfallen und nach relativ kurzer (manchmal nur Tage oder Wochen betragender) Dauer der Heilung zugeführt werden, ohne sich im späteren Leben mehr zu wiederholen. Die Gefahr, diese acute Psychose, welche in ihren Symptomen mit jener der transitorischen Tobsucht in Vielem

übereinstimmt, besonders wenn letztere von ungewöhnlich protrahirter Dauer ist, mit dieser zu verwechseln, liegt nahe, wenn man die folgenden wesentlichen, differenzirenden Merkmale ausser Acht lässt. Wenn eine derartige Psychose plötzlich mit den Symptomen acuter furibunder Tobsucht als selbstständige eigene Krankheitsform auftritt, so ist diese Plötzlichkeit und Unvermitteltheit des Auftretens nur eine scheinbare. Der gemeinen Tobsucht gehen, wie allen anderen Psychosen, durch längere Zeit gewisse Vorboten, ein maniacalisches oder melancholisches Prodromalstadium, gewisse somatische oder psychische Abnormitäten voran, die sich bei genauer Nachforschung werden nachweisen lassen und, weil man sie für unbedeutend gehalten hatte, nur unbeachtet geblieben waren. Bei der transitorischen Tobsucht waren aber in der Regel keine oder doch kaum wahrnehmbare Aufregungszustände oder sonstige Anomalien vorausgegangen; sie bricht allerdings beinahe mit Blitzesschnelligkeit heran. Bei der gemeinen Tobsucht ist auch der Zornparoxysmus nicht unmittelbar nach dem Ausbruche in seiner vollen Höhe vorhanden, er bricht nie augenblicklich so heftig aus und steigert sich stets nur allmälig; während bei der transitorischen Tobsucht ein plötzlicher und schroffer Uebergang von der Ruhe zur höchsten Erregung stattfindet und das Stadium incrementi und der Akme des Paroxysmus beinahe zusammenfallen. Bei der transitorischen Tobsucht erhält sich die motorische Aufregung und der Wuthaffect vom Beginne bis zum Schlusse beinahe immer auf gleicher Intensität; bei der gemeinen Tobsucht tritt nicht selten ein Wechsel und Nachlassen der Symptome, ein Schwanken von Gegensatz zu Gegensatz ein, ja die Affecte übergehen nicht selten von einem Extreme zum anderen, der Zorn wird von Trauer oder wilder Freude abgelöst. Auch die Ideenverwirrung und Bewusstseins-Störung ist bei der gemeinen Tobsucht nicht so heftig, wie bei der transitorischen. Der Kranke, wenn angesprochen, gibt innerhalb seines Ideenkreises und der ihn beherrschenden Stimmung oft zutreffende Antworten. Die wilden Impulse bei der gewöhnlichen Tobsucht sind nicht so unbestimmt und zügellos wie bei der transitorischen, der Vernichtungs- und Zer-

störungsdrang des Kranken richtet sich stets gegen bestimmte, ihm deutlich vorschwebende Personen oder Objecte, während der transitorisch Tobsüchtige ohne Unterscheidung blindwüthig dreinschlägt und zerstört. In Folge der weit minder gestörten Intelligenz ist auch die Amnesie bei der gemeinen acuten Tobsucht selten eine ganz vollständige, der Kranke weiss sich nachher oft recht gut zu erinnern, was er während des Anfalles gesprochen und gethan hat, und bittet dafür um Verzeihung. Die gemeine Tobsucht verschwindet keineswegs mit derselben Plötzlichkeit, wie die transitorische; erst nach längerem allmäligen Schwinden der Symptome und sehr merklichem Stadium decrementi erreicht der Anfall seinen Abschluss, und zwar nie durch Schlaf. Diese kritische Lösung, wie sie der transitorischen Tobsucht eigen ist, fehlt hier gänzlich. Es folgt wohl Abspannung, Ermüdung, dumpfes Hinbrüten, aber selbst die stärksten Anfälle furibunder Tobsucht haben (wenigstens unmittelbar) nicht den Schlaf nach sich. Die starke körperliche Ermüdung und Abspannung verhindert hier (wie solches Regel ist) das Einschlafen, während sie bei der transitorischen Tobsucht den Eintritt des Schlafes nicht aufzuhalten vermag. Selbst im Falle des günstigsten Verlaufes wird die gemeine furibunde Tobsucht eine längere Zeitdauer in Anspruch nehmen, als ein selbst ungewöhnlich lange protrahirter Anfall von transitorischer Tobsucht; wohl nur äusserst selten wird sich die gemeine Tobsucht wie die transitorische in einem einzigen Paroxysmus-Anfalle erschöpfen; noch weniger wird sie, ohne alle (wenn auch nur zeitweise) Störung der geistigen Integrität und ohne jedwede pathologische Veränderung im Gehirne zurückzulassen, verschwinden, wie die transitorische. Es wird zur völligen psychologischen Restitution immer einiger Zeit bedürfen; noch durch längeren Zeitraum werden sich leichtere geistige Störungen bemerklich machen und vielleicht überhaupt nur „eine Heilung mit Defect" zu erzielen sein, welche eine Wiederkehr desselben Zustandes ermöglicht.

Auch die ätiologisch pathogenetischen Momente sind bei beiden Arten der Tobsucht schon wesentlich verschieden. Die transitorische ist stets primär, nie eine consecutive Psychose oder ein eine andere psychische Krankheit begleitendes Symp-

tom. — Die gemeine Tobsucht entsteht, wie so viele andere Psychosen, häufig auf häreditärer Grundlage. Eine solche Basis lässt sich bei der transitorischen nicht nachweisen. Letztere, welche überhaupt sich auch durch ein, wenn auch nur flüchtiges, so doch weit tieferes Mitergriffensein des ganzen Organismus von der gemeinen Tobsucht unterscheidet, ist durch Circulationsstörungen (fluxionäre Hyperämien) bedingt. Bei der gemeinen Tobsucht sind solche weder erforderlich, noch in der Regel nachweisbar; auch anämische Zustände sind zur Herbeiführung von Tobsucht überhaupt geeignet. Endlich ist bei der transitorischen Tobsucht die Aetiologie zum grossen Theile bekannt; während man bei der transitorischen Tobsucht in allen Fällen weiss, dass selbe durch fluxionäre Gehirn-Hyperämien bedingt sei und in dieser Beziehung auf den Verlauf therapeutisch einzuwirken vermag, wird man bei ganz kurze Zeit dauernden Anfällen gemeiner Tobsucht selten die unmittelbare veranlassende Ursache zu entdecken vermögen, daher dem Arzte zumeist nichts Anderes erübrigt, als dem Anfalle freien Lauf zu lassen.

Art. XXIII.

Differential-Diagnose der transitorischen Tobsucht im Wiederholungsfalle von der periodischen gemeinen Tobsucht.

Die transitorische Tobsucht ist wohl in den meisten bekannt gewordenen Fällen ein im Leben des davon Betroffenen isolirt dastehendes, sich nicht wiederholendes Erreigniss gewesen. Emminghaus ist der Ansicht, dass der Rest der Spannkräfte, der gelegentlich des Anfalles deponirt blieb, mit der Zeit abhanden komme, etwa in Wärme verwandelt werde. Daraus aber, dass die transitorische Tobsucht in der Regel sich in einem einzigen Anfalle erschöpfe, folgt keineswegs auch, dass sie sich nicht ebenso wie jede andere somatische oder psychische Krankheit aus derselben oder einer anderen Veranlassung wiederholen könne. Bei genauerer Anamnese findet man in manchen Fällen, in denen die transitorische Tobsucht an-

geblich zum erstenmale aufgetreten sein soll, dass sich schon vor längerer Zeit mit oder ohne nachweisbarem Grund ähnliche schwächere oder stärkere, kürzer oder länger dauernde Tobsucht-Erscheinungen ergeben haben, die vielleicht nur wenig beachtet und später vergessen wurden. Constatirt ist es allerdings, dass sich ganz reine und unbezweifelbare Anfälle transitorischer Tobsucht mitunter bei demselben Individuum im Verlaufe eines gewissen Zeitraumes wiederholt haben. Da es wohl zu gewagt schiene, allen inneren Zusammenhang zwischen den erneuerten Anfällen abzusprechen, liegt hier die Annahme einer als Grundkrankheit bestehenden Tobsucht, welche sich nur in zeitweiligen Paroxysmen äussere (der sogenannten periodischen oder intermittirenden Tobsucht) nahe, und zwar umsomehr, je öfter sich der transitorische Tobsuchts-Paroxysmus in relativ geringeren Zwischenzeiten wiederholt. Man würde durch eine solche Annahme jedoch übersehen, dass zur Hervorrufung transitorischer Tobsuchtsanfälle schon eine von Krankheit noch weit entfernte einfache Prädisposition beim Hinzutreten eines ätiologischen Momentes genüge, dass man sich das wiederholte Auftreten der transitorischen Tobsucht aus einer insbesonders starken Prädisposition und Reiz-Empfänglichkeit für gewisse äussere Schädlichkeiten sehr wohl erklären könne, und dass wahrscheinlich auch ein einmal überstandener heftiger transitorischer Tobsuchtsanfall, wie jede andere acute Krankheit überhaupt, eine erhöhte Prädisposition zu ähnlichen Erkrankungen zurücklasse. Die intermittirende Tobsucht besitzt hinsichtlich des Auftretens ihrer Paroxysmen zwar keine strenge, aber doch immerhin eine gewisse Regelmässigkeit der Intervalle; der Zeitpunkt der Wiederkehr des Paroxysmus lässt sich wenigstens beiläufig berechnen; bei einem erneuerten Ausbruche transitorischer Tobsucht lässt sich keine Spur von regelmässigen Intervallen nachweisen und ist jede solche Berechnung rein unmöglich, von einer Periodicität kann da nie die Rede sein. Wiederholte Fälle transitorischer Tobsucht sind schon deswegen auch nicht blosse periodische Symptome einer fortbestehenden (tobsuchtsartigen) Grundkrankheit, weil jedem transitorischen Tobsuchtsanfalle die vollständige Heilung, die völlig geistige Integrität folgt, jeder neue

Anfall ist daher auch eine neue Erkrankung, keineswegs die Recidive in eine frühere Krankheit oder blosse Exacerbation eines bestehenden Leidens. — Bei der periodischen Tobsucht hat keine vollständige Heilung stattgefunden, das Grundleiden ist nicht behoben und es besteht vielmehr eine Disposition zu stets neuen Tobsuchtsanfällen, nur die äusseren Krankheitssymptome schweigen während der (sehr unrichtig so genannten) lucida intervalla. Während des Intervalles von einem transitorisch-tobsüchtigen Paroxysmus zum anderen besteht jedoch volle geistige Gesundheit. Im ersteren Falle wird die Krankheit durch Zwischenzeiten von vergleichsweiser Gesundheit unterbrochen, im letzteren aber gegentheilig die Gesundheit durch mehrfache Krankheitsanfälle. In der anfallsfreien Zeit der periodischen Tobsucht dauert der pathologische Grundzustand fort und die cerebrale Störung besteht weiter. Der an periodischer Tobsucht Leidende ist auch in dieser Zwischenzeit unverkennbar nicht geistig gesund, mannigfache intellectuelle und affective Störungen sind an ihm wahrnehmbar, wenn sie auch nicht eben in allen Fällen auffällig hervortreten. Nach überstandener transitorischer Tobsucht jedoch ist der Krankheitsprocess thatsächlich beendet und in der Zeit von einem Anfalle zum anderen keine Alteration der psychischen Functionen vorhanden.

Zu den Differentialmomenten der wiederholten transitorischen von der intermittirenden Tobsucht gehören ferner auch alle jene, welche wir im vorhergehenden Artikel als Unterscheidungsmerkmale zwischen der transitorischen und gemeinen Tobsucht angeführt haben (insbesondere der Mangel der kritischen Lösung durch Schlaf und die unvollständige Amnesie bei allen nicht transitorischen Tobsuchtsformen), wobei nur noch zu bemerken kommt, dass die periodisch auftretenden Tobsuchts-Paroxysmen sich nicht nur durch eine im Allgemeinen weit längere Dauer auszeichnen, als jene der transitorischen Tobsucht, sondern auch bekanntlich, so oft sie sich wiederholen mögen, einander in allen Details auf das Minutiöseste gleichen, was bei wiederholten Anfällen transitorischer Tobsucht keineswegs der Fall sein muss; dass endlich der an intermittirender Tobsucht Erkrankte in nicht seltenen

Fällen ein ganz richtiges Vorgefühl des herannahenden Paroxysmus besitzt, selbst seine Umgebung warnt und ihn unschädlich zu machen bittet, was unseres Wissens bei Anfällen transitorischer Tobsucht noch niemals eingetreten ist. Während bei periodischer Tobsucht die einzelnen Paroxysmen sich in sehr kurzen Zwischenräumen folgen können, liegen in der Regel Jahre zwischen verschiedenen Ausbrüchen der transitorischen Tobsucht, und wo sich in verhältnissmässig kurzem Zeitraume mehrfache Tobsuchts-Paroxysmen einstellen, werden sie schwerlich den Charakter der von uns geschilderten transitorischen Tobsucht besitzen, am allerwenigsten dann, wenn sie mit einer unverkennbaren Periodicität auftreten, und man wird hier wohl auf intermittirende Tobsucht, Epilepsie oder sonstige schwere Neurose zu diagnosticiren haben. Die richtige Begriffsbestimmung wird, beim Hinzutreten anderer zweifelhafter Erscheinungen, mitunter Schwierigkeiten bieten, wie denn überhaupt keine Geisteskrankheit etwas von der anderen scharf Abgegrenztes ist, und häufig eine in die andere übergeht. Wenn transitorische Tobsuchtsanfälle in nicht allzulangen Zeiträumen, besonders ohne bekannte ätiologische Momente sich wiederholen, dürfte es nicht gefehlt sein, auf vorhandene starke Prädisposition auch zu anderen Geisteskrankheiten zu schliessen, und nicht selten mag ein vielleicht schwächerer und wenig beobachteter Anfall von transitorischer Tobsucht überhaupt das Vorzeichen und der Vorläufer einer später sich einstellenden, länger dauernden Psychose gewesen sein.

Art. XXIV.

Differential-Diagnose der transitorischen Tobsucht vom sogenannten Raptus melancholicus (Melancholia activa, agitata, acuta, transitoria) — Melancholie mit Aufregung — richtiger gesagt: transitor. Angstparoxysmus.

Unter allen der transitorischen Tobsucht einigermassen symptomatisch verwandten Erscheinungen ist merkwürdigerweise keine so häufig mit derselben verwechselt worden, als die unter den Bezeichnungen Raptus melancholicus, Melancholia activa, agitata, acuta, Melancholie mit Aufregung etc. be-

griffenen transitorischen Angstparoxysmen. Die Literatur liefert hiefür unzählige Beispiele. Nachdem man diese Angstzustände lange Zeit unter der allgemeinen irrigen Bezeichnung „Mania" transitoria zusammengefasst hatte, weil man eben alle Psychosen, die mit Aufregung, Kraftäusserung, Lärmen und Excessen verbunden waren, schlechthin als „Manie" qualificirte, tauchte später, nachdem der Begriff „Manie" eine richtigere Auffassug gefunden und man die Ueberzeugung erlangt hatte, dass krankhaft heitere Verstimmung (Manie) und Angstgefühl denn doch nicht vereinbar seien, für diese Zustände die nicht minder unrichtige Bezeichnung „Melancholia transitoria" auf, da man die Begriffe der Melancholie und der Angst identificirte oder doch beide für untrennbar verbunden hielt. Sie sind aber keineswegs identisch und es kann sehr wohl der eine dieser Zustände ohne den anderen bestehen. Wohl kann eine vorhandene melancholische Grundkrankheit mit Angstgefühlen verbunden sein, die Angstzustände können aber dabei auch gänzlich fehlen; ferner kann die Angst, wenn sie vorhanden ist, entweder ununterbrochen fortbestehen, oder sie kann nur in zeitweisen Anfällen von geringerer oder grösserer Intensität hervortreten. Wird sie im letzten Falle acut und steigert sich zum Angstparoxysmus, so ist Raptus melancholicus, Melancholia agitata oder activa, Melancholie mit Aufregung, eine durch die Angst verursachte Exacerbation des wirklich bestehenden melancholischen Grundleidens vorhanden. Es kann aber auch, ohne dass irgend ein melancholisches Grundleiden vorhanden wäre, aus ätiologischen Momenten, die wir weiter unten ausführen werden, ein heftiger vorübergehender Angstparoxysmus ausbrechen und diese transitorischen vehementen Angstzustände sind es eben, die man früher aus Unklarheit im Begriffe der Manie vielfach Mania transitoria, und später, die Begriffe von Melancholie und Angst verwechselnd oder identificirend, Melancholia transitoria genannt hat. Aber eine solche transitorische (pathologische) Melancholie, eine krankhaft traurige Verstimmung, die, in wenigen Stunden oder Tagen ablaufend, sich in einem einzigen heftigen Paroxysmus erschöpfte, existirt erfahrungsgemäss als eigene selbstständige Psychose ebensowenig als eine transitorische (pathologische) Manie, eine vor-

übergehende krankhaft heitere Verstimmung, wohl aber ereignen sich erfahrungsgemäss transitorische, in kurzer Frist verlaufende tobsüchtige (krankhaft zornige) und eben solche krankhaft ängstliche Paroxysmen.

Es würde auch aller Empirie und Logik widersprechen, die plötzliche Aggressivität und die oft grässlich excessiven Thaten eines einfach melancholisch Verstimmten aus dem traurigen Gemüthszustande desselben abzuleiten. Der Melancholiker an und für sich ist seiner Umgebung nie gefährlich; erst das Hinzutreten der rasenden Angst zur melancholischen Verstimmung führt die Aggressivität und Gefährlichkeit herbei. Solche vorübergehende heftige Angstzustände sind aber, wie wir weiter unten ausführen werden, sehr häufig, haben weder ein melancholisches Vor- noch ein solches Nachstadium, erfordern zu ihrem Zustandekommen überhaupt kein vorhandenes melancholisches Grundleiden, sondern ereignen sich auch zuweilen bei einem durch andere Leiden ergriffenen Nervensystem. Nur diese vereinzelten, zeitweiligen und vorübergehenden, ohne Vorhandensein einer melancholischen Psychose auftretenden, aber dem Raptus melancholicus ganz gleich verlaufenden transitorischen Angstparoxysmen fassen wir behufs Vergleichung derselben mit der transitorischen Tobsucht in's Auge; wo ein melancholisches Grundleiden vorher und nachher erwiesen besteht, oder wenigstens wie nicht selten durch einen plötzlichen Angstparoxysmus eingeleitet wurde und seitdem fortdauert, wird über den Charakter dieses Paroxysmus als eines Angstzustandes wohl kein Zweifel obwalten und eine Verwechslung desselben mit transitorischer Tobsucht auch nicht zu besorgen stehen. Der Differenzirung dieser Angstparoxysmen von der transitorischen Tobsucht glauben wir jedoch eine um so eingehendere gründlichere Besprechung widmen zu sollen, als viele der neueren Psychiater (und zwar hauptsächlich der um die Wissenschaft hochverdiente Sanitäts-Rath Erlenmeyer senior) sehr geneigt sind, den gesammten Symptomen-Complex, welchen wir als transitorische Tobsucht bezeichnen und den man früher als Mania oder Melancholia transitoria inbegriff, auf solche vereinzelte transitorische Angstzufälle zurückzuführen.

Letzterer Ansicht müssen wir entschieden entgegentreten, obwohl wir, da Psychosen nur selten ganz rein und unzweifelhaft auftreten, bereitwillig zugeben, dass es auch zweifelhafte und unreine Fälle geben möge, in welchen die Symptome der Angst und der Tobsucht vermischt vorkommen, wo dann wohl der Grundsatz: a potiori fit denominatio zu gelten haben wird.

Dass solche vereinzelte Angstparoxysmen existiren, ist eine nicht zu bezweifelnde, durch vielfache Erfahrung bestätigte, in der Literatur constatirte Thatsache. Sie sind den transitorischen Tobsuchtsanfällen darin ähnlich, dass sie, wie diese, ohne merkliche oder doch nur nach unbedeutenden Prodromal-Anzeichen, ohne dass geistige Störungen oder überhaupt krankhafte Erscheinungen im Gebiete des Nervenlebens vorausgegangen wären, das gesunde Seelenleben gleichsam plötzlich überfallen, nach kürzerem oder längerem Verlaufe und nachdem sie sich beinahe stets auf gleicher Intensität erhalten haben, ebenso plötzlich wieder verschwinden, ohne eine pathologische Veränderung im Gehirne und eine Alteration der psychischen Integrität zurückzulassen, und dass sie gleichfalls im Leben des davon Betroffenen nur eine isolirte, nicht wiederkehrende Erscheinung bieten. Da ferner heftige Seelenangst und der gemeiniglich damit verbundene Verfolgungswahn in dem Bestreben, sich durch was immer für eine, wenn auch noch so grässliche That des unerträglichen Bewusstseinsstandes zu entledigen oder die vermeintliche Verfolgung abzuwehren, sehr leicht zur Aggressivität und zu Gewaltacten führen, bieten diese Verzweiflungs-Paroxysmen auch durch das Thun und Treiben des Kranken äusserlich das Bild des Symptomen-Complexes der transitorischen Tobsuchtsanfälle. Die Aehnlichkeit ist aber eben nur eine äusserliche, der Anfall gleicht in seinem Wesen weit mehr dem bei vorhandenen melancholischen Grundleiden auftretenden, als Raptus melancholicus (Melanch. activa, agitata) bekannten, gewissermassen stammverwandten Angstparoxysmus, als der transitorischen Tobsucht. Aetiologie, Pathogenese, manche wesentliche Symptome, der Gesammtverlauf und die kritische Lösung beider Psychosen bieten zahlreiche Grundverschiedenheiten dar, und die Differenzirung beider Krankheitsformen wird bei einiger

Aufmerksamkeit keine Schwierigkeiten darbieten; die wesentlichsten Unterscheidungs-Merkmale bestehen in Folgendem:

1. Bei dem Depressions- und Verzweiflungs-Paroxysmus ist eine plötzlich auftretende, spontan entstehende vage, objectlose krankhafte Angst der Cardinalpunkt, um den sich alle übrigen Erscheinungen bewegen. Sie ist durch keine äussere Veranlassung psychologisch oder physiologisch, sondern nur durch somatische Vorgänge pathologisch motivirt, in vielen Fällen mit unangenehmem, spannendem Druc kund Schmerz in den Präcordien verbunden (Präcordial-Angst), kann Stunden oder auch Tage lang dauern und sich rasch von mässigem Grade bis zur grässlichsten Verzweiflung steigern. Ein Gefühl des Ueberwältigtseins, drohender, schrecklicher, zumeist unbestimmter Unglücksfälle und Gefahren beherrscht das ganze Bewusstsein und unterdrückt alle übrige geistige Thätigkeit. Schon das äussere Bild des Kranken deutet auf diesen angstergriffenen Gemüthszustand. Weinen, Jammern und Klagen, Stöhnen und Heulen, sich auf die Knie stürzen, beten, um Hilfe rufen, Händeringen, sich die Haare ausreissen und ausraufen, mit dem Kopfe an die Wand stossen, zum Fenster hinausspringen wollen u. dgl. sind sehr häufig vorkommende Erscheinungen. Von allen diesen Symptomen des grässlichsten Jammers ist aber beim transitorisch Tobsüchtigen nichts zu bemerken. Während der Angstparoxysmus von einem depressiv schmerzlichen Affecte beherrscht wird, ist bei der transitorischen Tobsucht ein spontaner, heftiger, expansiver Zorn- und Wuthaffect der Begleiter, kein einziges Symptom dabei deutet auf vorhandene Seelenangst. Wohl sind auch hier eine gedrückte Gemüthsstimmung, ein gewisses Gefühl der Abhängigkeit von fremden Einflüssen, des Bedroht- oder Verfolgtwerdens, dunkle Vorstellungen von Feindseligkeit und Gefahr vorhanden; diese lösen aber keine Angst aus, sondern fordern nur zu Widerstand, Abwehr und Rache heraus, umsomehr als bei der transitorischen Tobsucht, im Gegensatze zum Angstparoxysmus, das Selbst- und Kraftgefühl des Kranken ohnehin in massloser Weise gehoben ist. Wohl zu bemerken ist auch, dass der Angstparoxysmus, obwohl gleichfalls sehr schnell, doch nie mit solcher Plötzlichkeit und sogleicher Heftigkeit

auftritt, als der transitorische Tobsuchtsanfall. Die Angst ist bei ihrem Entstehen in der Regel nur eine mässige und steigert sich nur allmälig zum acuten Paroxysmus.

2. In Folge der das ganze Seelenleben beherrschenden Angst ist auch der Bewusstseins-Inhalt ein von jenem bei der transitorischen Tobsucht wesentlich verschiedener. Da die Angst alle anderen Gedanken und Gefühle absorbirt und nichts, was mit ihr nicht in unmittelbarem Zusammenhange steht, sich über der Schwelle des Bewusstseins zu erhalten vermag, tritt beim Angstparoxysmus statt des bei der transitorischen Tobsucht stattfindenden raschen Flusses aller psychischen Processe und der Ideenflucht vielmehr eine Stauung und Verödung, eine gänzliche Monotonie des Seelenlebens ein. Nur schreckliche, der vorhandenen Stimmung entsprechende, sehr häufig „dämonomanische" Illusionen und Hallucinationen von grässlichen Gefahren, Bedrohung und Verfolgung gesellen sich zur vorhandenen Angst und können durch das geschwächte Urtheil nicht corrigirt werden. Keinesfalls sind diese Sinnes-Delirien und die daraus hervorgehenden Wahnvorstellungen bei dem weit beschränkteren Bewusstseins-Inhalte im Angstparoxysmus so verworren und flüchtig, wie im Zustande der transitorischen Tobsucht, wo sie in der wilden Vorstellungsflucht alsbald untergehen; sie sind vielmehr stabiler und deutlicher bewusst, daher, besonders wenn imperative Hallucinationen zu grässlichen Thaten auftreten, von wesentlicherem Einflusse auf die Handlungen der Kranken, als die Sinnes-Delirien bei der transitorischen Tobsucht. Die Apperception der Aussenwelt ist gleichfalls nur eine solche, wie sie der Angst und den Wahn-Ideen entspricht; der Kranke befindet sich wie in einem Schreckenstraume, in vollständiger krankhafter Sinnesverwirrung; die grässliche Angst, die ihn zu den unsinnigsten Thaten treibt, nur um sich seines qualvollen Zustandes, sei es wie immer, zu entledigen, bewältigt alle Selbstbeherrschung und obwohl (im Gegensatze zur transitorischen Tobsucht, welche die contrastirenden Vorstellungen gar nicht auftauchen lässt) bei dem Angstparoxysmus wohl die contrastirenden Ideen hervorzutreten vermögen, so überwindet die grässliche Angst doch alle Gegensätze und wird die That voll-

bracht, obwohl der Thäter selbst dieselbe verabscheut und sich erst nach längerem Gemüthskampfe dazu entschlossen hat. Denn innerhalb seines (durch die Angst) beschränkten Ideenkreises ist die Intelligenz des Kranken weit geringer gestört als jene des transitorisch Tobsüchtigen überhaupt. Der Kranke ist sich des Zweckes seiner That wohl bewusst, er mag auch das Bewusstsein ihrer Folgen und ihrer Strafbarkeit besitzen, doch erscheinen ihm diese gleichgiltig, wenn er sich nur durch die That seines ihm weit furchtbarer dünkenden qualvollen Seelenzustandes entäussern kann; er weiss die Mittel zu wählen und plan- und zweckgerecht zu handeln, seine That erfolgt in bestimmter Richtung mit Consequenz und einheitlichem Charakter, kurz sie geht, wenn auch unfreiwillig, aus Ideen hervor. Ganz anders verhält es sich jedoch beim transitorisch Tobsüchtigen. Er handelt nie aus bewussten Vorstellungen, seine Thaten erfolgen mechanisch aus blos motorischem Drange, ohne Auswahl der Mittel, ohne klar bewussten Zweck, abrupt und einheitslos. Er wird zur That blindlings getrieben, ohne dass sich ihm auch nur der Gedanke, dass er Unrecht thue, aufdrängte, daher auch von einem inneren Widerstreben, einem der That vorausgehenden Gemüthskampfe bei ihm keine Rede sein kann.

3. Die transitorische Tobsucht ist wie jede andere Tobsuchtsform eine Psychose mit vorwaltenden spontanen, an und für sich unabsichtlichen und zwecklosen motorischen Erscheinungen. Bei Depressionszuständen und Angstparoxysmen jedoch findet eine solche durch den cerebralen Reiz ausgelöste spontane, unbeherrschbare Muskelbewegung nie statt (es ist daher ganz unrichtig, wie es doch nicht selten geschieht, von Melancholie mit Tobsucht zu sprechen). Motorische Erregtheit ist nicht nur kein Symptom der Depressionszustände, sondern ist, möge sie spontan oder willkürlich gedacht werden, ihnen sogar entgegengesetzt und widersprechend, da jede Depression, und zwar insbesondere und namentlich die Angst, durch ihre erschlaffende und lähmende Wirkung die Muskelorgane in Unthätigkeit versetzt.

Wenn also beim transitorischen Angstparoxysmus sich dennoch eine der transitorischen Tobsucht äusserlich gleich-

kommende heftige motorische Erregung darbietet, so ist dieselbe keineswegs eine spontane, aus dem Bewustseins-Inhalte (der Angst und dem Drange, sich derselben durch irgend eine That zu entäussern) hervorgehende, willkürliche und auf einen bestimmten Zweck gerichtete. Beim Angstparoxysmus ist eben die Angst das Primäre, zuerst Auftretende, die motorische Bewegung ist erst ihre Folge, ein Accessorium und Subsequens, nur die Angst und die Delirien, welche zur Reaction treiben, spornen die Muskeln zur erhöhten Bewegung an. Bei der transitorischen Tobsucht aber ist der motorische Drang das Primäre, das Wesen der Krankheit selbst, die Muskelbewegung ist sich hier gewissermassen Selbstzweck, der ganze Paroxysmus durch sie bedingt; beim Angstparoxysmus ist diese motorische Unruhe aber ein (keineswegs erforderliches) Nebensymptom. Die motorischen Aeusserungen haben, wenn sie vorhanden sind, ihre bestimmte Richtung und Zweck und sind nicht so rein triebartig, instinctiv und rein reflectorisch wie bei der transitorischen Tobsucht.

4. Aus Ursache des eben Auseinandergesetzten haben auch die in beiden Paroxysmuszuständen begangenen Thaten (einige äusserliche Aehnlichkeit und den Umstand, dass sie zumeist aus Gewaltacten bestehen, abgerechnet) im Allgemeinen einen wesentlich verschiedenen Charakter, so dass sich schon aus der Beschaffenheit der That selbst erkennen lässt, ob sie aus einem transitorischen Tobsuchts- oder aber aus einem Angstparoxysmus hervorgegangen sei. Bei der transitorischen Tobsucht entspringt die That nur dem spontanen, unbeherrschbaren, durch den begleiteten Zornaffect erhöhten motorischen Drange, sie hat keinen anderen Zweck als den, diesem motorischen Drange Raum zu geben und einen unbestimmten, auf alle Gegenstände der Aussenwelt übertragenen Groll zu befriedigen; das Bewusstsein des Thäters ist in so hohem Grade gestört, dass er gleichsam automatisch, ohne ein eigentliches Begehren, ohne dass ihm eine bestimmte That vorschwebte, handelt; seine Thätigkeit springt in Folge der Ideenflucht schnellstens von einem Gegenstande, als Object seines Zornes, zum anderen über, das Handeln ist sinnlos, zerfahren, zusammenhanglos, ohne Consequenz, in der Regel blos auf

Zerstörung von Gegenständen und kräftiges Abwehren in seiner Nähe befindlicher Personen gerichtet; nur selten trägt die That den Charakter des Grässlichen und noch weniger kommt es vor, dass der Tobsüchtige gegen seine eigene Person wüthet. Beim Angstparoxysmus aber entspringt die That dem grässlichen Fühlen, und ihr Charakter ist diesem grässlichen Fühlen und den dasselbe begleitenden furchtbaren Sinnesdelirien proportionirt. Die That ist einheitlich, consequent und zielbewusst darauf gerichtet, eine Lösung der furchtbaren Spannung, auf welche Art immer, herbeizuführen, sich des entsetzlichen Bewusstseins-Inhaltes wie auch immer zu entledigen. Dem Kranken ist es hier um eine That, die ihm bestimmt vorschwebt und die er wissentlich begeht, zu thun; seine Bewegungen zu diesem Zwecke sind geplant, zusammenhängend und consequent, er sucht durch die That eine Erleichterung seines Zustandes herbeizuführen, und je grässlicher dieser Zustand selbst ist, um so grässlicher und erschütternder muss auch die That sein, durch welche er sich seiner Seelenangst nach aussen entladet. Daher kommt es, dass die relativ unschuldigere Thätigkeit des transitorisch Tobsüchtigen — wie einfaches Zerstören der umgebenden Gegenstände oder Dreinschlagen auf die Personen — dem Kranken nicht genügt, sein schreckliches Fühlen erfordert auch schreckliche Thaten, wie sie im Zustande der transitorischen Tobsucht nie vorkommen — bestialisches Wüthen und Vernichten, weit über jeden denkbaren Zweck hinaus. Es genügt dem Kranken nicht die einfache Tödtung seines Opfers, er zerfleischt und verstümmelt auch noch den Leichnam in entsetzlichster Weise, weil es ihm eben nicht sowohl um die bestimmte That, sondern vielmehr um Erleichterung seines grässlichen Fühlens durch irgend eine bestimmte That zu thun war und durch den einfachen Mord allein der den Kranken treibende organische Zwang, das Gefühl namenloser Seelenangst noch nicht erloschen, die Erleichterung noch nicht eingetreten ist und er erst in der bestialischen Zerfleischung seines Opfers eine seiner grässlichen Stimmung entsprechende Lösung findet. Nicht selten treiben auch imperative Hallucinationen oder die Abwehr imaginärer Feinde, worin der Kranke nie genug leisten zu können glaubt;

zu alles Mass übersteigenden Schauerthaten. Im Allgemeinen also unterscheiden sich die im Zustande des Angstparoxysmus begangenen Thaten schon durch ihren brutalen, grässlichen negativen Charakter von jenen im transitorischen Tobsuchtsanfalle verübten, vergleichsweise weit unschuldigeren, und oft kommt es vor, dass der Kranke an sich selbst die mordende oder verstümmelnde Hand anlegt, ein Fall, der, wie mehrmals erwähnt, bei der transitorischen Tobsucht nie eintritt.

5. Auch die den Angstparoxysmus begleitenden körperlichen Erscheinungen zeigen von jenen des transitorischen Tobsuchtsanfalles (Art. XVI) eine gründliche Verschiedenheit. Während letztere den bekannten Symptomen des Zornaffectes entsprechen, bieten erstere das unverkennbare Bild eines in höchsten Schrecken versetzten Individuums. Gesträubtes Haar, bleiche Gesichtsfarbe, schlaffes Aussehen oder angstvoll gespannte Züge, eigenthümlicher Gesichtsausdruck, starre, blöde, glotzende, glanzlose Augen, gehemmte und erschwerte stossweise asthmatische Respiration, gesteigerte unregelmässige Herzaction, starkes Herzklopfen, harter, leicht wechselnder Puls, Gefühl des Zugeschnürtseins der Brust und des Halses, kalte feuchte (oder Gänse-) Haut, manchmal kalter Schweiss über den ganzen Körper, Beben an Gesicht und Händen, auch manchmal Zittern am ganzen Leibe, in einzelnen Fällen auch Sprachlosigkeit oder blos dumpfes Stöhnen oder Schluchzen sind die vorzüglichsten körperlichen Begleitungs-Symptome des Angstparoxysmus; die bei der transitorischen Tobsucht unerlässlichen Congestions-Erscheinungen fehlen gänzlich.

6. Die Dauer des Anfalles (obwohl in den einzelnen Fällen sehr verschieden, Stunden oder auch Tage lang während) ist im Allgemeinen doch weit länger als die der transitorischen Tobsucht. Es sind Fälle vorgekommen, dass transitorische Angstparoxysmen, allerdings mit mehrfachen Pausen relativer Beruhigung, sich bis auf den Zeitraum einer Woche ausgedehnt haben, eine Dauer, die selbst bei den am längsten protrahirten ataktischen (siehe Art. XIX) transitorischen Tobsuchtsanfällen nie beobachtet worden ist.

7. In den seltensten Fällen findet der transitorische Angstparoxysmus gleich dem transitorischen Tobsuchtsanfalle

seine kritische Lösung durch den Schlaf, da depressive Affecte bekanntlich das Einschlafen mehr noch als die expensiven verhindern. Die Krise tritt vielmehr durch eine That, einen Gewaltact ein, welcher dem gepressten Gemüthe eine Erleichterung verschafft hat. Während bei der transitorischen Tobsucht die That keinen Einfluss auf die Fortdauer der Krankheit ausübt und diese sich auf gleicher Intensitätshöhe erhält und der Kranke seine Thätigkeit in anderer Richtung fortsetzt, bis der Schlaf derselben ein Ende setzt, tritt beim Angstparoxysmus mit der Verübung der Gewaltthat und der gänzlichen Erschöpfung der Kräfte das Schwinden des Symptomen-Complexes ein; der Kranke fühlt sich von einer drückenden Bürde befreit und die Gemüthsruhe kehrt wieder. Es ereignen sich aber auch leichtere Fälle, dass das Angstgefühl, nachdem es einen gewissen Culminationspunkt erreicht hat, von selbst allmälig zu schwinden beginnt und die Beruhigung eintritt, ohne dass es zur Herbeiführung derselben einer Gewaltthat als Entäusserung der Angst bedurft hätte.

8. In noch weit selteneren Fällen hat der transitorische Angstparoxysmus, gleich dem transitorischen Tobsuchtsanfalle, die Amnesie zur Folge. Auch Erlenmeyer senior behauptet ganz richtig, dass beim Raptus melancholicus die Erinnerung sehr wohl da sein könne. Da bei dem Angstparoxysmus keine Vorstellungsflucht stattfindet, wie bei der transitorischen Tobsucht, der Bewusstseins-Inhalt ein sehr beschränkter und constanter ist, weil ferner die fluxionäre Gehirnhyperämie fehlt, welche ganz insbesondere die Vergesslichkeit begünstigt, und weil endlich die That eine bewusste und gewollte war, erinnert sich der Kranke, wenn auch nicht in allen Details, so doch in allen wesentlichen Momenten der ausgestandenen Angstgefühle, der gehabten Hallucinationen und der begangenen That, bereut in der Regel letztere auf das lebhafteste, gibt sich selbst bei Gerichte an oder sucht der dafür befürchteten Strafe durch Selbstmord zu entgehen.

9. Auch Aetiologie und Pathogenese des transitorischen Angstparoxysmus sind, insoweit sie sich überhaupt, was nicht stets der Fall ist, sicherstellen lassen, von jener der transitorischen Tobsucht gänzlich verschieden. Jedenfalls aber haben

auch alle diese Angstzustände ihr materielles Substrat und eine somatische Grundlage. Körperzustände aller Art können, ohne dass ein melancholisches Grundleiden bestünde, solche vorübergehende Angstzufälle auslösen. Die häufigst vorkommenden derselben sind: Anämische Zustände überhaupt, profuse Blutungen und Entbindung; gewisse Zustände der körperlichen oder geschlechtlichen Entwicklung, Pubertät, Menstruation, Schwangerschaft, Lactation, organische Fehler des Herzens, Asthma, Erkältung, verschiedene Unterleibsleiden, die ohnehin durch den auf das Gesammt-Nervensystem ausgeübten Einfluss das Gemüthsleben erheblich beeinträchtigen, Uterinleiden, Alkoholismus, Ergriffensein des Nervensystems aus anderen Ursachen, besonders häreditäre Belastung, Hysterie, Epilepsie und andere bestehende Neurosen, oder auch blosse neuropathische oder psychopathische Prädisposition, und alle jene Zustände, die man unter „reizbarer Schwäche" zusammenzufassen pflegt. Da alle diese Leiden und Zustände beim weiblichen Geschlechte nicht nur gleichfalls vorkommen können, sondern zum grossen Theile auch ihm ausschliesslich eigen sind, erklärt es sich, dass transitorische Angstparoxysmen ganz im Gegensatze zu transitorischen Tobsuchtsanfällen, wie auch die casuistische Literatur nachweist, bei Frauen weit häufiger als bei Männern sich ereignen und da die meisten dieser Leiden und Zustände chronisch sind, findet auch der Umstand, dass sich die Angstparoxysmen im Leben desselben Individuums weit öfter wiederholen als transitorische Tobsuchtsanfälle, seine Begründung.

10. Endlich ergibt sich die Grundverschiedenheit der beiden hier vergleichungsweise besprochenen transitorischen Paroxysmus-Arten auch aus der in jedem Falle gänzlich verschiedenen therapeutischen Behandlung, insoweit nach der Natur der Sache überhaupt von einer solchen Behandlung während der Dauer des Paroxysmus die Rede sein kann (siehe Art. XXXV). Mit Medicamenten, wie z. B. das Amylnitrit (siehe Art. VII), welches zur Beschwichtigung von (auf anämischer Basis beruhenden) Angstzufällen anerkennenswerthe Dienste leistet, wird bei transitorischer Tobsucht überhaupt nie ein Erfolg zu erzielen sein, sondern im Gegentheil vermöge dessen physiologischer Wirkung das Krankheitsbild nur gesteigert werden.

Art. XXV.

Casuistik zum vorhergehenden Artikel.

Erster Fall.

Johann N., 49 Jahre alt, verheiratet, Vater mehrerer Kinder, Beamter niederer Kategorie mit kleinem Gehalte und ohne Vermögen, hatte schon seit Jahren mit grossen finanziellen Schwierigkeiten zu kämpfen und befand sich in Folge dessen unausgesetzt in gedrückter reizbarer Gemüthsstimmung. Von Noth gedrängt, verpfändete er endlich den letzten Rest seiner Habe, eine silberne Uhr, einige Ringe und das wenige Silberbesteck bei einem Wucherer für eine dem wahren Werthe nicht entsprechende, eben nur zur Deckung der augenblicklichen unabweisbaren Bedürfnisse genügende geringe Summe. Wenige Tage darauf erhielt er die Nachricht, dass dieser Wucherer unter Mitnahme aller ihm von verschiedenen Personen als Pfänder anvertrauten Gegenstände spurlos verschwunden sei, um sich wegen verschiedener ihm angeschuldeten betrügerischen Handlungen dem Arme der strafenden Gerechtigkeit zu entziehen. Diese Nachricht versetzte Johannn N. in höchste Bestürzung, er dachte immer daran, dass nunmehr auch das letzte werthvolle Besitzthum für ihn unwiderbringlich verloren sei und dass es für seine Noth keine Abhilfe mehr gebe. Eine fieberhafte Unruhe zwang ihn zu immerwährender Bewegung, planlos trieb er sich auf allen Strassen herum, endlich betrat er in stürmischer Eile das Stadthaus, suchte den Thurmwächter auf und beschwor ihn, er möge ihn auf den Thurm hinauflassen, er müsse sich von dort herabstürzen, um die Menschheit vom gänzlichen Verderben zu retten. Der Thurmwächter, sogleich einsehend, dass er es mit einem Wahnwitzigen zu thun habe, weigerte sich, diesem Verlangen zu willfahren, aber Johann N. verharrte immer dringender, ja befehlend, sogar drohend bei seinem Verlangen, vergriff sich endlich thätlich an dem Thurmwächter, so dass dieser die Hilfe Anderer in Anspruch zu nehmen genöthigt war, worauf Johann N. nach energischem Widerstande bewältigt und in

das Krankenhaus überführt wurde. Bei seiner Ankunft daselbst bot er das Bild eines vom höchsten Schrecken gequälten Individuums, er war nicht im Stande, ein Wort zu sprechen (auch nur seinen Namen anzugeben) und benahm sich anfangs wie ein Blödsinniger. Die körperliche Untersuchung ergab allgemeine Anämie und herabgekommene Constitution, sonst nichts Abnormes. Nach einer Viertelstunde begann er zu jammern und zu stöhnen, rang die Hände, fiel wie betend auf die Knie, sprang aber dann plötzlich auf und machte Versuche, die Wärter und auch den Arzt zu erdrosseln, indem er zeitweise mit schreckenverzerrter Miene ausrief: „Lass mich los! — Geh' fort! — Ich bin verloren! — Herr! sei meiner armen Seele gnädig!" Dann sprach er wieder vom bevorstehenden Untergange der Welt und behauptete, vom Stadtthurme wirklich herabgesprungen zu sein. Dabei ging er fortwährend im Zimmer auf und ab, ohne jemals auf eine an ihn gerichtete Frage Antwort zu geben. Die ganze Nacht brachte er auf diese Art schlaflos zu, erst am Morgen verfiel er in einen beiläufig einstündigen unruhigen Schlummer. Am folgenden Tage liess die Intensität des Paroxysmus etwas nach, er verhielt sich ruhiger und schweigsam, nur zeitweise ertönte der Ruf: „Lass mich los! Ach Gott, strafe mich nicht so fürchterlich!" — aus seinem Munde. Das ihm vorgesetzte Essen verschmähte er, da er dessen nicht würdig sei. Obwohl die folgende Nacht abermals beinahe schlaflos und unter Erscheinungen gesteigerter Unruhe verlief, war doch am Morgen eine auffallende Besserung des Gemüthszustandes sichtbar. — Johann N. sprach ganz ruhig und besonnen über seine traurige Lage und erinnerte sich mit beinahe völliger Klarheit alles dessen, was mit ihm vorgegangen war. Er erzählte selbst, von einem unbeschreiblichen entsetzlichen Angstgefühle ergriffen worden zu sein; es sei ihm so gewesen, als müsse er etwas Grässliches, Ungeheuerliches verüben, „was, das wisse er selbst nicht". Es sei ihm vorgekommen, dass die ganze Welt untergehen müsse, eine innere Stimme habe ihm unaufhörlich zugerufen, er müsse sich vom Thurme herabstürzen; einige Zeit habe es ihm auch geschienen, er hätte sich wirklich herabgestürzt; der Thurmwächter und die Leute, welche ihn ergriffen und in's

Spital brachten, seien ihm wie aufrechtstehende riesige schwarze Pferde mit feurigen Augen erschienen, auch im Spitale selbst habe er in jedem sich ihm Nähernden ein solches Phantom erblickt, selbst mit geschlossenen Augen habe er diese gespenstigen Pferde deutlich vor sich stehend gesehen und er sei einigemal auf sie losgesprungen, um sie zu verscheuchen. Nach fünftägiger Beobachtung wurde Patient, an dem sich nichts weiter mehr als eine die physiologische Breite nicht übersteigende, aus seiner traurigen Lage sehr wohl erklärbare gedrückte Gemüthsstimmung herausstellte, aus dem Spitale entlassen. Ob eine medicamentöse Behandlung stattgefunden habe, ist nicht ersichtlich. Johann N., der früher keinen ähnlichen Anfall noch erlebt hat, ist auch seitdem, obwohl in denselben kümmerlichen Verhältnissen fortexistirend, davon verschont geblieben. Seine Mutter soll vor mehr als 30 Jahren in einer Wiener Irrenanstalt gestorben sein; daher möglicherweise häreditäre Belastung zur Auslösung des Angstparoxysmus mitgewirkt hat, der durch allgemeine Blutarmuth, nervöses Ergriffensein in Folge Kummers, Entbehrungen und schlafloser Nächte vorbereitet war und durch einen heftigen Schreck als Causalmoment endlich ausgelöst wurde.

Zweiter Fall.

Bartholomäus H., 22 Jahre alt, Fabriksarbeiter, Sohn eines trunksüchtigen Vaters, selbst, obwohl nur zeitweise, dem Trunke ergeben, heftigen, jähzornigen Temperaments, aber körperlich und geistig vollkommen gesund, hatte sich, etwas angeheitert, eben zur Nachtruhe begeben, als in der Fabrik, worin er bedienstet war, grosses Feuer ausbrach. Vom darüber entstandenen Lärm aus seinem Halbschlummer erweckt, sprang er im Hemde aus dem Bette, stiess alle ihm Begegnenden mit Gewalt zur Seite, eilte auf die Gasse und unter fortwährendem wildem Rufe „Feuer! Feuer!" warf er sich auf die Vorübergehenden, stiess einen eben des Weges daherschreitenden bejahrten Priester zu Boden, kniete sich auf dessen Brust, misshandelte ihn und riss ihm die Kleider vom Leibe. Man bemächtigte sich endlich seiner und brachte den Wüthenden in die Fabrik zurück, wo man, da man bei dem um sich

greifenden Brande nicht die Musse hatte, sich viel mit ihm zu beschäftigen, ihn vorläufig in ein abseits gelegenes, als Rumpelkammer verwendetes Gewölbe einschloss. Dort beschäftigte er sich vorerst damit, alle vorhandenen Geräthschaften durcheinander zu werfen und zu zertrümmern. Als aber nach ungefähr einer Stunde die Gefahr des Brandes beseitigt war und man in das Gewölbe kam, um nach ihm zu sehen, fand man ihn an seinem Hemde am Fensterkreuze aufgehenkt mit allen Zeichen der beginnenden Erstickung. Er wurde abgeschnitten und kam wieder etwas zur Besinnung; dies währte jedoch nur kurze Zeit. Alsbald begann er wieder zu rasen und abwechselnd gegen sich selbst und gegen die Anderen zu wüthen; während er aus allen Kräften mit Händen und Füssen gegen die Uebrigen losschlug, stiess er mehrmals mit dem eigenen Kopfe an die Wand oder liess die Hände wie ein Verzweifelter sinken, starr wie eine Bildsäule dastehend, nur kläglich aufseufzend. Der gesammte Zustand wies ein buntes Gemenge abwechselnder Wuth und Angstgefühle vor und dem entsprechend waren auch die begleitenden Körpersymptome. Nachdem man eine der Depressionspausen benützt hatte, um sich seiner zu bemächtigen und ihn zu binden, legte man ihn auf das Bett und liess einen Arzt holen, der unausgesetzte Eisumschläge anordnete. Nach ungefähr sechsstündiger Dauer des Paroxysmus trat allmälig Beruhigung, aber kein Schlaf ein. Patient erlangte das volle Bewusstsein und ging Morgens wie gewöhnlich an seine Arbeit. Seine Erinnerung an das Vorgefallene war eine sehr summarische. Er wusste, dass er durch den Feuerlärm aus dem Schlafe geweckt wurde und dass er auf die Gasse gelaufen sei, sowie dass er dort mit mehreren, ihm nicht erinnerlichen Personen aus unbekannten Gründen in ein Handgemenge gerathen und dann in die Kammer gesperrt worden sei; von diesem Zeitpunkte an will er sich jedoch an nichts, auch nicht an den Selbstmordversuch erinnern. Er hat weder früher noch später an ähnlichen Anfällen gelitten.

Art. XXVI.

Differential-Diagnose der transitorischen Tobsucht vom sogenannten Raptus epilepticus, epileptischer Tobsucht.

Zwischen Neurosen und Psychosen besteht ein unleugbarer tausendfältig erwiesener innerer Zusammenhang, sie basiren beide auf denselben physikalischen Gesetzen und jede Psychose schliesst eine Neurose in sich, ja setzt sie als Grundbedingung voraus. Alle neuropathischen Anfälle können leicht in psychopathische übergehen, und psychische Störungen können sodann die Neurose entweder constant begleiten, oder mit neuropathischen Erscheinungen abwechseln oder auch statt derselben stellvertretend eintreten. In letzterem Falle wird der neuropathische Anfall durch einen psychopathischen, der sich nicht selten bis zur heftigen Bewustseins-Störung steigert, aber immer transitorisch ist, substituirt, während der Grundcharakter der Neurose bestehen bleibt. Besonders die epileptische Neurose, die sich in ihrer classisch-typischen Form durch tonische und klonische Krämpfe charakterisirt, erleidet in ihrem Umlaufe unzählige solche Transformationen und Substitutionen. Statt den gewöhnlichen Convulsions-Paroxysmen treten oft nur vertiginöse Zustände (Schwindel, Aufschrei, Ohnmacht, Umsinken, Bewusstlosigkeit u. dgl.) oder ähnliche, unter sich höchst verschiedenartige epileptiforme oder epileptoide Zufälle oder Anwandlungen ein (sogenannte unvollständige oder unvollkommene, in ihrem Wesen bisher noch wenig erforschte epileptische Zustände). Es kann aber auch das fortdauernde epileptische Grundleiden seine Form dahin verändern, dass statt der obbezeichneten, hauptsächlich somatisch neuropathischen Erscheinungen mancherlei zum Wesen der Epilepsie sonst nicht unbedingt gehörige psychische Alienationen von meist kurzer Dauer auftreten, die sich in fliessenden Uebergängen und unzählbaren Variationen von einfacher maniakalischer Erregung bis zur furibundesten Tobsucht geltend machen können. Derlei auf epileptischer Basis ausbrechende Tobsuchts-Paroxysmen, die zuweilen dem epileptischen Anfalle vorausgehen, zuweilen ihm nachfolgen, häufig aber auch statt desselben ihn supplirend

auftreten können, hat man unter der Bezeichnung „Mania" epileptica, Furor epilepticus, Raptus epilepticus, epileptische Tobsucht zusammengefasst. Sie bilden, wie auch andere mit der Epilepsie constant oder zeitweilig verbundene Psychosen, auf welche wir uns aber, als von unserem Gegenstande abseits liegend, hier nicht einlassen können, nur eine Complication der Epilepsie, und obwohl, wo die Tobsuchtsanfälle nur vicariirend eintreten, die hauptsächlichen neuropathologischen Symptome der Krankheit schweigen, ist doch der epileptische Grundzustand, das wesentliche chronische Leiden, nicht behoben; der Tobsuchtsanfall ersetzt nur den Convulsions-Paroxysmus und erscheint als Aequivalent für denselben, der für einige Zeit oder für immer verschwunden ist. Man hat diese Form der Entäusserung des epileptischen Leidens auch mit dem Ausdrucke Epilepsia larvata, maskirte oder psychische Epilepsie (!) bezeichnet, auf welche letztere Bezeichnung wir später unten nochmals zurückkommen. Aus dem Umstande nun, dass nicht selten transitorische Tobsuchts-Paroxysmen auf epileptischer Basis auftreten, die in ihrem plötzlichen Entstehen und Verschwinden, in ihrer äusseren Erscheinung mit dem Bilde der typisch-transitorischen Tobsucht, wie wir solches aufstellen, einige äussere Aehnlichkeit darbieten, haben verschiedene Psychopathologen von Rang und Bedeutung den Schluss gezogen, dass alle früher unter dem Namen der Mania transitoria zusammengefassten, von uns als transitorische Tobsucht charakterisirten Paroxysmen durch solche larvirte oder psychische (!) Epilepsie bedingt und mit ihr in nothwendigem Zusammenhange seien. — Wir sind jedoch durch Erfahrung zu der Ueberzeugung gelangt, dass in allen Fällen, in denen transitorisch tobsüchtige Erregungen auf Grundlage eines wirklich bestehenden, früher oder später nachweislich vorhandenen (neuropathischen) epileptischen Leidens auftreten, selbe ein so ganz und gar specifisches, von der transitorischen Tobsucht — wie wir solche verstehen — durch so wesentliche charakteristische Unterschiede gesondertes, unverkennbares Bild darbieten, dass die Identificirung beider Psychosen bei nur einiger Aufmerksamkeit kaum zu besorgen steht. Die meisten und wesentlichsten Symptome und Bedingungen der epileptischen Tobsucht stehen vielmehr mit jenen der typisch transitorischen

Tobsucht in directem Widerspruch, wie wir im Nachstehenden darthun werden.

1. Der epileptische Tobsuchtsanfall tritt niemals so plötzlich ein wie der transitorische Tobsuchts-Paroxysmus; er wird vielmehr, wie die heftigeren epileptischen Anfälle überhaupt, stets durch länger dauernde und deutlich erkennbare somatische und psychische Vorboten eingeleitet. — Beinahe nie fehlt die den sonstigen epileptischen Convulsions-Zuständen vorhergehende sogenannte Aura, jenes eigenthümliche beängstigende Gefühl heissen Anwehens, das den ganzen Körper durchzieht und im Kranken selbst die peinliche Ahnung des herannahenden Anfalles erweckt, so dass er selbst oft seine Umgebung warnt und ihn unschädlich zu machen bittet. Bei der transitorischen Tobsucht aber gibt es weder eine solche Aura, noch eine Vorahnung des kommenden Anfalls. Beim epileptischen Tobsuchtsanfall beobachtet man oft schon Tage lang vorher Appetit- und Schlaflosigkeit (oder auch im Gegentheile auffällige, nicht zu behebende Schläfrigkeit) oder unruhigen Schlaf mit schrecklichen Träumen und Alpdrücken, Herumwerfen bei Nacht, plötzliches angstvolles Aufschreien während des Schlafes, traurige gedrückte Stimmung, Launenhaftigkeit, ungemeine Gemüthsreizbarkeit und Zornwuth, schreckliche unmotivirte objectlose Angstgefühle, Verstimmtheit oder raschen Stimmungswechsel; Insichgekehrtsein, träumerisches Hinbrüten, Zaghaftigkeit, häufiges grundloses Erschrecken, Bewusstseinsnachlass, Vergesslichkeit, Nachlässigkeit und Gleichgiltigkeit im Berufe, momentane Geistesabwesenheit, Unbesinnlichkeit im Sprechen, unsinniges Reden und Thun aller Art, von dem nachher keine Erinnerung übrig bleibt, ferner Tage oder meistens Stunden lang vorher Schwere oder Eingenommenheit und Schmerzen im Kopfe, Blutandrang zum Gehirn, Intoleranz gegen Alkohol, verdrehte Augen, Nasenbluten, Blauwerden des Gesichtes oder Leichenblässe desselben, Zittern oder Zuckungen, besonders der Gesichtsmuskeln und Extremitäten, Regungslosigkeit oder planloses Umherirren, sonderbare Bewegungen, Gesticulationen mit Händen und Füssen und körperliche Unruhe aller Art, Veränderung im Gesichtsausdrucke, Störung oder Verlust der Sprache, Stöhnen, Mattigkeit und allgemeine, mit verschiedenen

Gemeingefühls-Störungen verbundene Schwäche, Schwindelzufälle, Ohnmachten, endlich auch Umneblung der Sinne und an die Aura sich anschliessende Sinnestäuschungen von Lärm, Glockentönen, Funken- und Flammensehen, Ohrensausen u. dgl., bis endlich nach einem, die grässlichste Seelenangst verrathenden, plötzlichen kurzen Aufschrei, manchmal nach kaum minutenlangem bewusstlosen Umsinken der volle Paroxysmus ausbricht.

2. Die den Anfall begleitenden Körpersymptome haben stets den unverkennbaren, der Epilepsie eigenthümlichen Charakter, und wer auch nur einmal Gelegenheit hatte, einen furibunden epileptischen Tobsuchtsanfall zu beobachten, wird nicht leicht Gefahr laufen, einen anderweitigen Tobsuchts-Paroxymus für einen epileptischen anzusehen. Der den Anfall auslösende Gehirnreiz und der in Folge der cerebralen Reizung entstehende motorische Drang lassen an Heftigkeit die bei der transitorischen Tobsucht auftretenden Erregungs-Symptome beiweitem hinter sich, und der gesammte Organismus zeigt ein Ergriffensein, eine Erschütterung, wie solche kein anderer wie auch immer benannter paroxysmeller Zustand aufzuweisen hat. Der Anblick eines von epileptischer Wuth Befallenen übersteigt (mit vielleicht einziger Ausnahme der Hydrophobie) an Entsetzlichkeit jedes Schauspiel, das der Mensch — dieser sonst in seinem Wahne grässlichste aller Schrecken — dem Auge seines Nebenmenschen zu bieten vermag. Im Allgemeinen sind die begleitenden Körpersymptome, da, wie wir sogleich sehen werden, auch ein Zustand der grässlichsten Seelenangst den epileptischen Anfall begleitet, weit mehr jenem beim Angstparoxysmus (Art. XXIV), mit welchem der epileptische Tobsuchts-Paroxysmus überhaupt symptomatisch grössere Analogie bietet, als jenem bei der transitorischen Tobsucht ähnlich. Mit letzterer haben sie nur die spontane motorische Erregung gemein, wogegen die Congestions-Erscheinungen in der Regel fehlen. Dagegen erscheinen die meisten der im Art. XXIV geschilderten körperlichen Begleitsymptome des Angstparoxysmus immer mit beinahe in's Unbegrenzte erhöhter Intensität auch beim epileptischen Tobsuchtsanfalle. Als besondere Charakteristica des letzteren wären etwa die grässlich entstellten und verzerrten Gesichtszüge, das unheimliche Auge,

der schaumbedeckte Mund, das Zittern der Extremitäten, die entweder bebende Stimme oder das einem wilden Thiere ähnliche Gebrülle des Kranken hervorzuheben.

Wer zum erstenmale den Anblick eines solchen epileptischen Tobsüchtigen gehabt hat, wird nicht sobald sich von dieser Erinnerung loszulösen im Stande sein.

3. Während die transitorische Tobsucht von einem unbestimmten Zorn- und Wuthaffecte begleitet wird, ist der epileptische Paroxysmus, wie wir soeben erwähnt haben, ersichtlicherweise mit einem spontanen Affectzustande der grässlichsten objectlosen Seelenangst verbunden. Auch in dieser Beziehung können wir uns lediglich auf das im Art. XXIV. Erwähnte berufen und haben dabei als Unterschiede nur die beiden Umstände hervorzuheben, dass bei der epileptischen Tobsucht das Angstgefühl nicht erst allmälig sich steigert, sondern schon beim Auftreten des Anfalles acut ist und an Intensität ersichtlicherweise das beim gewöhnlichen Angstparoxysmus vorhandene Depressionsgefühl beiweitem überflügelt. Diese Angstempfindung beherrscht den gesammten übrigen Bewusstseins-Inhalt, absorbirt alle anderen Gedanken und Gefühle, und lässt nur die der entsetzlichen Stimmung entsprechenden Ideen sich ober der Bewusstseinsschwelle erhalten. Dazu treten in allen Fällen analoge schreckliche Delirien beinahe aller Sinne, zumeist aber des Gehörs und des Gesichtes (Visionen), die, wie bei Angstparoxysmen überhaupt, in Folge des beschränkten Bewusstseins-Inhaltes und der Verödung des Gedankenlebens sich dauernder erhalten und dem Kranken deutlicher bewusst werden, als die flüchtigen Hallucinationen im Zustande der transitorischen Tobsucht. Diese Sinnesdelirien, stets schauderhaften, von Verfolgung und Todesgefahr, zumeist auch noch dämonomanischen Inhalts (drohende Stimmen böser Geister, Anblick von Teufeln oder verfolgenden grässlichen gespenstigen Ungeheuern u. dgl.), sich oft während des gesammten Anfalls unverändert erhaltend, vermehren nicht nur die ohnehin vorhandene schreckliche Angst, so dass der Gemüthszustand des Epileptikers weit grauenhafter ist als der jedes anderen Geisteskranken, sondern sie üben auch, da sie stabiler und dem Kranken deutlicher

bewusst sind als die schnell wechselnden nebensächlichen Hallucinationen bei der transitorischen Tobsucht, auf das Benehmen des Kranken, der sich gegen die vermeintlichen Verfolgungen zur Abwehr setzt, oder auch durch imperative Gehörstäuschungen zu seinem Handeln bestimmt wird, einen ebenso unheilvollen als unverkennbaren Einfluss aus.

4. Wie bei Angstparoxysmen überhaupt, so treibt auch beim epileptischen Tobsuchtsanfalle das grässliche Angstgefühl, verstärkt durch entsprechende schauderhafte, nicht selten imperative Sinnesdelirien den ohnehin motorisch erregten Kranken zur plötzlichen Aggressivität gegen die von ihm gründlichst verkannte, nur in Gemässheit seiner herrschenden Seelenangst und schreckhafter Hallucinationen appercipirte, vermeintlich feindselig verfolgende Aussenwelt. Ein unbeherrschbarer Impuls zwingt ihn, etwas, sei es auch noch so grässlich, zu thun, nur um die Oede seines Bewusstseins zu unterbrechen und eine Aenderung seines entsetzlichen Gemüthszustandes herbeizuführen, seine vermeintlichen Verfolger durch feindselige Handlungen abzuwehren und unschädlich zu machen und den ihm irgend eine Gewaltthat gebietenden imperativen Hallucinationen zu gehorchen. Blindwüthig, ohne Prämeditation, stürzt er sich auf seine Umgebung, gegen Lebendes und Lebloses, mit wildem Vernichtungsdrange bis zu den blutigsten Gewalt- und Mordthaten seinen furchtbaren Gemüthsinhalt entäussernd, nicht blos wie der transitorisch Tobsüchtige beinahe unbewusst mit einfachem Dreinschlagen und Sachzerstörung sich begnügend, sondern mit relativ ziemlich erhaltenem Bewusstsein dessen, was er unternimmt, häufig in klar vorschwebender Absicht der Tödtung auf den ersten besten des Weges Nahenden, aber auch durch die einfache Tödtung nicht befriedigt, sondern durch den Anblick des Blutes vielmehr zur rasenden Bestie geworden, das Opfer überdies in mehr als kannibalischer Weise zerfleischend und verstümmelnd, bis endlich die eintretende Ermattung oder der Nachlass des die Psychose auslösenden epileptischen Krampfes seiner schauderhaften Thätigkeit ein Ziel setzt. Uns ist ein Fall bekannt, dass ein an epileptischen Krampfanfällen mit unmittelbar anschliessenden Tobsuchts-Paroxysmen leidender Handwerker

während eines solchen tobsüchtigen Anfalles nicht nur seine beiden unmündigen Kinder mit einem Küchenmesser förmlich abschlachtete, sondern auch seine Gattin, mit der er sonst in ganz gutem Einvernehmen lebte, durch mehrere Stiche in die Brust todt dahinstreckte, dem am Boden liegenden Cadaver derselben noch 16 über den ganzen Körper vertheilte Messerstiche beibrachte und eben in dem Momente betreten wurde, als er mit den Füssen auf dem Leibe seines Opfers herumtrat. Derlei bestialische, selbst der verderbtesten Menschennatur widersprechende, das Verschwundensein jeder Rücksicht, jeder sittlichen und menschlichen Regung bezeugende, ohne denkbares vernünftige Motiv und über jedes Ziel hinausgehende, sonst unbegreifliche und unerhörte Thaten sind bei Epileptikern nichts Ungewöhnliches. Von allen Geisteskranken ist der Epileptiker der gefährlichste, wie auch sein Leiden entsetzlicher ist als das jedes anderen von einer Neurose oder Psychose Ergriffenen; dem grässlichen Leiden entspricht auch die grässliche Art der Ausführung seiner Thaten, die einen an und für sich schon ganz eigenen unverkennbaren specifischen Charakter tragen, so dass es eine ganz richtige Maxime ist, schon aus der Beschaffenheit solcher entmenschten Thaten selbst auf ein epileptisches Leiden des Thäters zu schliessen.

5. Die Anfallsdauer weist bei epileptischer Tobsucht weit grössere Unregelmässigkeiten auf als bei der transitorischen. Der Anfall dauert zuweilen nur 10 bis 15 Minuten, sehr häufig aber auch, obwohl mit Intervallen relativer Beruhigung, durch zwei oder mehrere Tage. Im Allgemeinen ist die Dauer weit innormaler als die des transitorischen Tobsuchts-Paroxysmus.

6. Die kritische Lösung des Anfalles erfolgt keineswegs wie bei der transitorischen Tobsucht durch plötzliches Eintreten tiefen Schlafes, auch nicht wie beim gemeinen transitorischen Angstparoxysmus mit Vollbringung der erleichternden That, sondern durch allmäliges Nachlassen des die Psychose auslösenden Gehirnreizes, des begleitenden Angstgefühles und der motorischen Erregung; die Aufregung verschwindet, obwohl im Ganzen schnell, doch nie so rasch und plötzlich, wie bei

der transitorischen Tobsucht, sondern in allmäliger, deutlich bemerkbarer Abnahme. Als Folge der Ermüdung kann dann der Schlaf wohl eintreten (was sogar häufig der Fall ist), aber der Schlaf führt bei epileptischer Tobsucht ebensowenig wie bei anderen epileptischen Zuständen das Ende der Krankheit herbei, er ist nur ein unwesentliches Nebensymptom, und selbst wo er eintritt, kein regelmässiger und tiefer, sondern mehr oder minder ein soporöser Betäubungsschlummer.

7. Die psychische Restitution ist nach Aufhören des Anfalles, selbst wenn unmittelbar Schlaf gefolgt ist, keineswegs eine so rasche wie nach dem den transitorischen Tobsuchts-Anfall beendenden Schlafe. Auch wenn Schlaf stattgefunden hat, ist das Bewusstsein des Epileptikers noch lange umnachtet, sein Erwachen ist ein langsames und schweres, nicht wie bei der transitorischen Tobsucht das nach gesundem Schlafe eintretende gewöhnliche physiologische. Die Wiederkehr des vollen ungetrübten Bewusstseins, der Intelligenz und des gewohnten früheren Benehmens, kurz die völlige psychische Restitution ist nach gelöstem transitorischen Tobsuchtsanfalle eine rapide, während sich nach dem epileptischen Tobsuchts-Paroxysmus prägnante postepileptische Erscheinungen von Depression oder reizbarer Schwäche zeigen. Es macht sich noch längere Zeit, oft durch mehrere Tage, eine hochgradige physische und psychische Prostration bemerkbar. Dem Ende des Anfalles folgt unmittelbar Lethargie und absolute Gleichgiltigkeit gegen Alles, der Kranke sieht anf das zu seinen Füssen liegende zerfleischte Opfer seiner Wuth, als ob ihn die Sache gar nichts anginge, theilnamslos herab, ist unbesinnlich, gänzlich verwirrt, dem Blödsinnigen ähnlich, und in einen stuporösen, somnolenten Zustand verfallen. Später, wenn sich das Bewusstsein etwas geklärt hat, tritt entweder Traurigkeit, die sich bis zu Lebensüberdruss und Selbstmord steigern kann, oder höchstgradige Empfindlichkeit, Reizbarkeit und Zornmüthigkeit ein. Diese zuweilen 8 bis 14 Tage anhaltenden postepileptischen Zustände variiren wohl in den einzelnen Fällen nicht unwesentlich, aber in dem einen Punkte stimmen alle Erfahrungen überein, dass nach dem epileptischen Tobsuchtsanfalle die volle psychische Integrität nie

sogleich, sondern nur langsam und allmälig zurückkehrt.

8. Was die dem Anfall nachfolgende Amnesie anbelangt, so bietet der epileptische Tobsuchtsanfall in dieser Beziehung so vielfache Unregelmässigkeiten, dass sich eine bestimmte Regel hiefür nicht aufstellen lässt. Sie ist aber keineswegs eine essentielle Bedingung und Folge des epileptischen Anfalles, und obwohl nicht selten vorhanden, hat der Kranke doch auch in vielen Fällen (wie beim transitorischen Angstparoxysmus) eine mehr oder minder deutliche summarische Erinnerung des während des Anfalles Vorgekommenen und Verübten. Man hat nur constatirt, dass, je heftiger der Paroxysmus war, um so schwächer auch die Erinnerung ist, und dass, wo eine partielle Erinnerung eintritt, sich diese wohl auf das ausgestandene Angstgefühl, die aufgetretenen Phantasmen und die That im Allgemeinen, nie aber auf die Details der letzteren erstreckt. Da bei epileptischen Tobsuchtsanfällen wie bei transitorischen Angstparoxysmen die Intelligenz in einem allerdings sehr beschränkten Ideenkreise relativ weniger getrübt ist, der Kranke während des Anfalles im Allgemeinen weiss, was er beabsichtigt und thut, ist diese wenigstens theilweise Erinnerung um so leichter erklärlich, als auch die den transitorischen Tobsuchtsanfall charakterisirenden, die Vergesslichkeit insbesondere herbeiführenden fluxionären Hyperämien des Gehirns bei epileptischen und Angstparoxysmen in der Regel fehlen.

9. Aetiologie und Pathogenese des epileptischen Tobsuchts-Anfalles sind von jenen des transitorischen Tobsuchts-Paroxysmus gründlichst verschieden. Die epileptischen Erscheinungen beruhen auf einem hochgradigen (meist anämischen) Reizungszustand des Gehirnes, der sich in Krämpfen äussert und nicht blos bei der classischen Epilepsie, wo er sich in tonischen und klonischen Krämpfen über den ganzen Körper fortpflanzt, sondern auch in jenen Fällen fortbesteht, wo die classisch epileptischen Erscheinungen durch sogenannte psychische Aequivalente, wie eben die epileptische Tobsucht eines ist, substituirt werden. Die transitorische Tobsucht aber wird durch einen einfachen, obwohl heftigen, aber nur vorübergehenden

Gehirnreiz in Folge fluxionärer Hyperämie ausgelöst. Epilepsie beruht zum grossen Theile auf häreditärer Belastung, durch Abstammung von neuro- oder psychopathischen, oder **trunksüchtigen** Eltern; auf das Vorkommen der transitorischen Tobsucht hat die Häredität keinen nachweislichen Einfluss. Es ist kein Beispiel bekannt, dass jene occasionellen Momente, welche die transitorische Tobsucht herbeizuführen vermögen, jemals einen isolirten epileptischen Tobsuchts-Anfall provocirt hätten, und ebensowenig haben die bisher bekannten Entstehungsursachen der Epilepsie (z. B. Traumen u. dgl.) jemals zu einem Anfalle typisch transitorischer Tobsucht geführt oder ist auch nur jemals bei nachgewiesenem Bestande eines epileptischen Grundleidens ein transitorischer Tobsuchtsanfall, wie wir solchen verstehen, aufgetreten.

10. Wie alle schweren Neurosen in ihrem Verlaufe eine mehr oder minder regelmässige Periodicität der Erscheinungen darbieten, ist dies auch bei der Epilepsie und ihren Transformationen der Fall. Der epileptische Tobsuchts-Paroxysmus wird, wo er einmal aufgetreten ist, sich mit Zuverlässigkeit in kürzerer oder längerer Zeit, nach Wochen, Monaten oder Jahren, und zwar mehr als einmal wiederholen; niemals ist er, wie der transitorische Tobsuchtsanfall, eine im Leben isolirt dastehende Krankheits-Erscheinung, da er nicht wie letzterer ein gewissermassen zufälliges Ereigniss, sondern Ausfluss eines fortbestehenden chronischen schweren Grundleidens ist, wobei die krankhafte Disposition zu gleichen Störungen mit ganz identischen Symptomen eine bleibende ist. Während ferner alle epileptischen Anfälle (wie auch jene in den übrigen grossen Neurosen) im Beginn, Verlauf und Abschluss, in Form und Inhalt, Reden und Handlungen miteinander eine fast stereotype, bis zur Monotonie gehende Aehnlichkeit aufweisen und nur manchmal durch die grössere oder geringere Intensität ihres Auftretens sich wesentlich von einander unterscheiden, bietet die transitorische Tobsucht in ihren seltenen Wiederholungsfällen jedesmal ein von den früheren Anfällen merklich unterschiedenes, minder eintöniges Bild, und während im Intervalle von einem epileptischen Anfalle zum anderen der Kranke, selbst wo keine eigentliche Geistesstörung bei ihm besteht,

doch niemals die volle geistige Integrität besitzt, sondern sich stets gewisse intellectuelle und affective Abnormitäten bei ihm geltend machen, erfreut sich zwischen zwei Anfällen transitorischer Tobsucht der davon Betroffene während des ganzen Intervalls der ungetrübten, vollen geistigen Integrität.

11. Endlich beweist die in jeder der beiden Paroxysmus-Arten mit Erfolg anwendbare Therapie gleichfalls die Grundverschiedenheit derselben. Bromkali, Acid. lacticum, Amylnitrit, Chloroform etc., die bei epileptischen Zuständen überhaupt und bei den epileptischen Tobsuchts-Paroxysmen insbesondere von erspriesslichem Nutzen sind, werden bei transitorischer Tobsucht keinen Erfolg erzielen, und umgekehrt werden kalte Begiessungen, Eisumschläge u. dgl. (siehe Art. XXXV), welche bei transitorischer Tobsucht (soweit hier überhaupt von einer Therapie die Rede sein kann) oft wirksam angewendet worden, bei Epileptikern eher schädlich als nutzbringend wirken.

Wir glauben in Vorstehendem den unwiderlegbaren Beweis geliefert zu haben, dass der epileptische Tobsuchtsanfall vom transitorischen Tobsuchts-Paroxysmus klinisch und symptomatisch wesentlich differire und auch von jedem anderen näher oder entfernter ähnlichen Paroxysmus durch specifische Symptome und unverkennbare charakteristische Eigenschaften so scharf abgegrenzt sei, dass eine Verwechslung desselben mit analogen psychischen Alienationen kaum zu verantworten sein dürfte. Wir erklären es daher auch für völlig ungerechtfertigt, wenn manche Psychopathologen all' und jeden, sonst nicht näher erklärbaren Anfall der vielgestaltigen sogenannten „Mania" transitoria, auf ein angeblich vorhandenes, bisher latent gebliebenes epileptisches Grundleiden zurückführen. Wie soll man berechtigt sein, ein solches epileptisches Grundleiden als Basis anzunehmen, während doch das Krankheitsbild der transitorischen Tobsucht den wohlbekannten Symptomen der Epilepsie in vielen, und zwar sehr wesentlichen Stücken, direct widerspricht? Wohl ist das Wesen, Entstehung und Verlauf der Epilepsie ungeachtet vielfacher, zum Theile sehr werthvoller Arbeiten darüber noch in ziemlich tiefes Dunkel gehüllt; wohl ist der innere Mechanismus des epileptischen Anfalles noch unbekannt, und wohl sind die in einzelnen

Fällen von Epilepsie auftretenden Symptome so variirend, dass sich ein genaues Krankheitsbild der Epilepsie im Allgemeinen nicht aufstellen lässt, aber eben deswegen hiesse es ja etwas Unbekanntes durch etwas ebenso Unbekanntes erklären zu wollen, wenn man das oft unerklärliche Auftreten transitorischer Tobsuchtsanfälle durch den Bestand eines ebenso geheimnissvollen unnachweisbaren epileptischen Leidens darthun wollte. Wie soll man Epilepsie als die Ursache eines isolirten Paroxysmus annehmen, wenn weder vorher noch nachher auch nur eine leise Spur eines epileptischen Leidens, kein pathologisch, somatisch oder psychisch auf Epilepsie deutendes Symptom, weder Krämpfe, noch vertigo-, noch epileptoide Zufälle sich manifestirt haben, wo weder häreditäre Belastung vorhanden ist, noch auch nur ein einfaches neuro- oder psychopathisches Leiden, kein Trauma, Gehirnerschütterung, Schreck, noch ein sonstiges der zum Theile ja wohlbekannten, wenn auch vor Jahren stattgehabten ätiologischen Momente, welche Epilepsie oder Disposition dazu begründen, nachweisbar ist? Eine solche Annahme kann ja denn doch nur als eine vage Vermuthung, für die man bisher jeden Beweis schuldig geblieben ist, als eine Diagnose, die unmöglich Stand halten kann, eine allzu kühne Hypothese bezeichnet werden! Der epileptische Tobsuchtsanfall ist ja nur ein Aequivalent für die Epilepsie, eine Transformation oder Substitution derselben; was soll jedoch da transformirt oder substituirt worden sein, wo die Epilepsie überhaupt nicht nachweisbar besteht? Aus psychischen Vorgängen, die auch eine andere Ursache haben können und die sogar von ganz differenten Symptomen begleitet sind, auf ein epileptisches Grundleiden zu schliessen, für dessen Bestand sich sonst gar kein Anhaltspunkt ergibt, ist jedenfalls unzulässig. Der transitorische Tobsuchtsanfall ist sehr häufig eine im Leben des davon Betroffenen isolirt dastehende Erscheinung, während kein wie immer gearteter epileptischer Anfall eine im Leben vereinzelt dastehende Thatsache bildet, vielmehr sich mit mehr oder minder regelmässiger Periodicität wiederholt. Wie sollte es nun zu erklären sein, dass ein epileptischer Tobsuchts-Paroxysmus,

der ja doch für die wirkliche Epilepsie vicariirend eintritt, ein einzigesmal und nie wieder zum Vorschein käme? Die Epilepsie, mag sie nun in dieser oder jener ihrer mannigfaltigen Formen auftreten, ist keineswegs eine Krankheit, die plötzlich erscheint und nach wenigen Stunden oder Tagen für immer wieder verschwindet, sie ist ein nichts weniger als transitorisches, vielmehr ein schweres chronisches, in den meisten Fällen unheilbares, zum geistigen und leiblichen Tode führendes Leiden, und Krafft-Ebing, gegen L. Meyer polemisirend, sagt mit vollem Rechte: Eine Epilepsie, die sich blos in transitorischen „maniacalischen" Erscheinungen äussert, ist keine Epilepsie und ein solcher Fall unseres Wissens noch nie vorgekommen. Die klinische Erfahrung weiss nichts von transitorischer Epilepsie im oben angedeuteten Sinne." Selbst Maudsley, der doch sehr geneigt ist, alle Anfälle sogenannter transitorischer „Manie" auf Rechnung eines vorhandenen epileptischen Grundleidens zu setzen, gibt doch zu, „dass sich in manchen Fällen weder reine, noch maskirte Epilepsie werde nachweisen lassen, dass aber dann der Organismus durch irgend eine andere Irrsinns-Neurose (!) prädisponirt sein müsse, wo alsdann, sobald eine genügende erregende Ursache eintrete, ein echter (sic!) Anfall von transitorischer Manie (soll wohl heissen „Tobsucht") ausbrechen könne."

Wo aber der Bestand reiner oder maskirter Epilepsie nachgewiesen ist, wird auch für den erfahrenen Neuropathologen über den Charakter des auftretenden tobsüchtigen Paroxysmus kein Zweifel obwalten; in jenen Fällen aber, wo sich durchaus kein Anhaltspunkt für das Vorhandensein eines epileptischen Grundleidens ergibt, kein Zusammenhang mit einem solchen erweislich ist, die Erscheinungen den bekannten Symptomen, dem Wesen und der Aetiologie der Epilepsie sogar direct widersprechen, dürfte der ohnehin logisch nicht richtige Schluss, dass, weil tobsüchtige Anfälle überhaupt sehr häufig im Gefolge der Epilepsie einhergehen, auch jeder isolirte Tobsuchts-Paroxysmus auf epileptischer Grundlage basiren müsse, vollends zu verwerfen und es um so

unnöthiger sein, um eine Erklärung in die Ferne zu schweifen, da das Richtige ziemlich nahe liegt. Ein bestehendes epileptisches Grundleiden ist aber zudem, selbst wenn die heftigen äusseren Symptome seit lange geschwiegen haben, im Allgemeinen leicht zu erkennen. Ausgesprochene Epilepsie zeigt sich durch einen unverkennbaren sogenannten epileptischen Habitus, durch auffällige krankhafte somatische und psychische Symptome. Kein Epileptiker ist, auch wenn er nicht eigentlich geisteskrank ist, in geistiger Beziehung vollständig intact und man kennt sehr wohl die Beschaffenheit jener Personen, bei denen etwa eine epileptische Attaque in dieser oder jener Form zu besorgen stünde, während bei transitorischer Tobsucht vor und nach dem Anfalle die volle geistige Integrität besteht und nichts auf die Wahrscheinlichkeit eines solchen Paroxysmus hinweist. Schon gewisse Schädelformationen, die auf Defecte und bleibende pathologische Störungen des Centralorgans und geistige Defecte schliessen lassen, deuten auf Disposition zu epileptischen Zufällen. Nachkömmlinge neuro- oder psychopathischer oder trunksüchtiger Eltern, Individuen, die in ihrer Kindheit die Fraisen überstanden haben, die einmal Trauma capitis, Gehirnerschütterung oder heftigen Schreck erlitten, oder die an Neurosen leiden oder gelitten haben, oder auch dem Trunke übermässig ergeben sind, incliniren insbesondere zur Epilepsie. Mit Epilepsie behaftete Individuen zeichnen sich beinahe insgesammt durch mürrisches, misstrauisches, theilnahmsloses, gedrücktes, lebensüberdrüssiges Wesen und durch eine krankhafte, bis zur Iracundia morbosa sich steigernde Reizbarkeit und Zornmüthigkeit aus; nicht selten sind sie schreckhaften, furchtsamen, scheuen, in sich gekehrten Wesens, dem Alkohol, den sie übrigens sehr schlecht vertragen, im Uebermasse ergeben, zu planlosem Vagabundiren und allerlei Perversitäten, Unsittlichkeiten und Extravaganzen im Denken, Fühlen und Handeln geneigt. Sie unterliegen auch in den anfallsfreien Zeiten häufig jenen Zuständen, die wir als prodromale Anzeichen des nahen epileptischen Tobsuchtsanfalles hervorgehoben haben; namentlich stellen sich zu öfteren Malen oder regelmässig momentane Geistesabwesenheit und Unbesinnlichkeit, heftige motorische Unruhe oder Stupor und Somnolenz, eigen-

thümliche Zwangsbewegungen, Kopf- und neuralgische Schmerzen, Schwindel, Wallungen, nächtliche Unruhe mit Bettnässen, schreckliche Träume, Aufschreien und Aufschrecken im Schlafe, ohnmächtiges Zusammensinken mit Bewusstseinsnachlass ein. Derlei Zustände, die auf ein vorhandenes epileptisches Leiden schliessen lassen und die sich in den mannigfachsten Formen äussern, gibt es unzählige in unbestimmter, nicht zu begrenzender Art, denn das Wesen der Epilepsie ist, wie schon mehrfach erwähnt, in seinem vollen Umfange noch keineswegs sichergestellt, der Symptomen-Complex desselben von ungemeiner Ausdehnung, die Neurose oft nur unvollständig und unentwickelt, daher ihr Vorhandensein nicht immer mit voller Sicherheit zu diagnosticiren. — Es gibt zahllose sogenannte epileptiforme oder epileptoide Anwandlungen und Zufälle leichterer Art und zweifelhafter Natur, welche weder der davon Betroffene, noch seine Umgebung besonderer Beachtung würdigt, so dass allerdings ein unbekanntes epileptisches Leiden oder doch die Disposition dazu vorhanden sein kann. Wenn aber in einem solchen Falle sich ein transitorischer Tobsuchts-Paroxysmus einstellt, der mit dem epileptischen Leiden in wirklichem Zusammenhange steht, so wird er unter allen Umständen auch die charakteristischen, nicht zu verkennenden Merkmale des epileptischen Tobsuchts-Anfalles an sich tragen; aber sowie die epileptischen Anfälle überhaupt, so haben auch die psychischen Substitutionen eine ungezählte Menge fliessender Uebergänge und Variationen, sie treten keineswegs immer als Paroxysmen, oft nur als einfache plötzliche maniacalische oder ängstliche Erregung, mit grosser motorischer Unruhe, besonderer Mimik und Bewegungen, sonderbaren Impulsen und geringerem Bewusstseinsnachlasse auf. Insbesondere kommt noch zu erwähnen, dass epileptische Anfälle constatirterweise manchmal auch blos nächtlicher Weile im Schlafe sich einstellen können (Ursache der Epilepsie ist häufig cerebrale Anämie und im Schlafe ist das Gehirn ipso facto anämisch), daher sie der Umgebung unbekannt geblieben sind. Hier wird aber, im Falle ein solcher epileptischer Anfall jemals durch einen Tobsuchts-Paroxysmus substituirt werden sollte, der epileptische Charakter desselben

aus den Symptomen leicht zu entnehmen und die Verwechslung mit transitorischer Tobsucht oder anderen zeitweiligen psychischen Alienationen nicht zu besorgen sein. Wenn endlich Anfälle vermeintlicher transitorischer Tobsucht in allzu kurzer Zeit sich mehrfach wiederholen, in ihren ante-, intra- oder postparoxysmellen Erscheinungen gar zu viele Unregelmässigkeit darbieten und die einzelnen Anfälle ungewöhnlich länger, als es Regel ist, dauern, wird die Vermuthung, dass man es hier nicht mit vorübergehenden Paroxysmen, sondern mit einem epileptischen Leiden zu thun habe, nicht aller Begründung entbehren und werden die auftretenden Symptome besonders genauer kritischer Beachtung zu würdigen sein.

Zum Schlusse dieses Artikels seien uns noch einige Worte über die in neuerer Zeit aufgetauchte sogenannte „psychische Epilepsie" vergönnt, deren Entdeckung Professor Meynert für einen bedenklichen Unfall erklärt, und von welcher Pelman behauptet, dass sie den meisten Psychiatern nicht so recht in den Kopf wolle. Wir nehmen keinen Anstand, den Ausspruch Meynert's zu unterschreiben und uns zu jenen Irrenärzten zu bekennen, denen alles Verständniss dieser neuen Entdeckung ermangelt. Wohl gibt es psychische Aequivalente für die Epilepsie, wie eben der transitorisch-epileptische Tobsuchtsanfall, die von Samt und Krafft-Ebing so meisterhaft geschilderten epileptischen Traum- und Dämmerzustände und andere Zustände larvirter Epilepsie, welche für die classische Epilepsie vicariirend oder supplirend eintreten, aber eine psychische Epilepsie existirt weder, noch kann sie existiren, und es kann gegen diese höchst unglücklich gewählte Bezeichnung nicht entschieden genug Protest eingelegt werden. Die Epilepsie ist unter allen Umständen, in welcher von ihren unzähligen Formen sie auch auftreten mag, ein somatisches Leiden (Neurose), das mit psychischen Anomalien (Psychose) complicirt sein kann, aber in seiner Grundwesenheit ein somatischer Zustand, eine somatische Epilepsie ist und bleibt. Man kann sich sehr wohl eine somatische Epilepsie ohne Psychose, aber keine epileptische Psychose ohne somatische Epilepsie vorstellen, und wo sich die sogenannten

psychischen Aequivalente für die classische Epilepsie einstellen, fehlen eben nur die, die letzteren kennzeichnenden, keineswegs aber alle begleitenden somatischen Krankheitserscheinungen, daher es schon aus diesem Grunde ungerechtfertigt ist, von einer „rein psychischen" Epilepsie zu sprechen. — Die Epilepsie äussert sich eben nie rein psychisch; wo sie nachweisbar besteht, werden sich ohne grosse Schwierigkeit auch die dazu gehörenden körperlichen Symptome auffinden lassen und es unterliegt keinem Zweifel, dass auch ihre psychischen Aequivalente durch intensive, aber sich nur auf das Gehirn selbst beschränkende Reizungs-Zustände ausgelöst werden. Jede epileptische Psychose ist aus somatischen Zuständen, die man im Allgemeinen zwar kennt, hervorgegangen, eine rein psychische Epilepsie aber eben so undenkbar, wie überhaupt eine psychische Irritation ohne alles körperliche materielle Substrat. Die epileptisch-psychischen Aequivalente sind eben gewöhnliche Epilepsie, wie jede andere, denn es gibt nur eine, und zwar eine somatische Epilepsie, die sich auch zwar psychisch äussern kann, aber keinesfalls muss, daher man weit eher von einer rein somatischen als von einer rein psychischen Epilepsie zu sprechen berechtigt wäre, jedenfalls gibt sich Epilepsie, wenn sie überhaupt da ist, viel eher somatisch als psychisch kund.

Wir kennen nach dem gegenwärtigen Standpunkte der Wissenschaft noch nicht einmal das Wesen der sichtbaren somatischen Epilepsie und sollen nun eine unsichtbare, noch weit unbegreiflichere psychische Epilepsie in den Kauf nehmen! Eine Epilepsie des Verstandes! Aber der Verstand hat ja doch auch sein materielles Substrat, dessen Erkrankung eben die Erkrankung des Verstandes herbeiführt. Wenn es gestattet wäre, sämmtliche, die selischen Functionen beeinflussenden Körperzustände als unmittelbares Ergriffensein der Psyche selbst darzustellen, warum sollte da nicht gleichfalls von einer „psychischen Menstruation" oder „psychischen Hämorrhoiden" die Rede sein dürfen, da doch der Einfluss dieser Zustände auf die Psyche unverkennbar ist? Und wie wollte man vorkommenden Falles, wo es sich beispielsweise um ein im Zustande epileptischer Psy-

chose begangenes schweres Verbrechen handelt, den Bestand der „psychischen" Epilepsie forensisch begründen, ohne die somatische Basis der Psychose nachzuweisen? Würde ein auf psychische Epilepsie lautendes Gutachten des Gerichtsarztes bei Staatsanwalt und Richter nicht demselben mitleidigen Lächeln begegnen, wie seinerzeit die nunmehr selig im Herrn entschlafenen Pyro-, Klepto- und sonstigen diversen Monomanien, welche zur Discreditirung des ärztlichen Ansehens vor dem Richter und dem intelligenten Publicum so wesentlich beigetragen haben? Welchen entsetzlichen, die gesammte Strafgerechtigkeit lahmlegenden Missbräuchen wäre durch Anerkennung dieser psychischen Epilepsie Thor und Thür geöffnet! Jeder Hallunke, den man für seine Schandthat straflos ausgehen zu lassen beabsichtigt, wäre ganz einfach „psychisch epileptisch" und folglich unzurechnungsfähig! Wohl lässt sich, wie wir ja selbst auseinandergesetzt haben, in einzelnen Fällen schon aus der Beschaffenheit der That selbst auf eine epileptische Psychose des Thäters schliessen, aber diese epileptische Psychose wird unschwer auch somatisch zu begründen sein. Wie liesse sich aber der epileptische Verstand eines sonst vollkommen gesunden Menschen nachweisen, der beispielsweise eine goldene Taschenuhr gestohlen hat? Welcher Causalnexus soll da existiren zwischen Epilepsie und Taschendiebstahl? Welche Analogie zwischen epileptischen Krämpfen und Verbrechen aus Eigennutz?

Auffällig ist es auch, dass von den Verfechtern der psychischen Epilepsie für deren Bestand gerade solche Symptome angeführt werden, die eben bei der classischen, welche durch die psychische ja doch substituirt werden soll, fehlen.

Krafft-Ebing meint: „Es kann allerdings vorkommen, dass das epileptische Leiden sich weder durch Convulsionen noch durch vertiginöse Zustände äussert und nur ein transitorisch-psychischer Symptomen-Complex statt derselben eintritt, bis sich endlich einmal durch einen wohl charakterisirten Anfall das epileptische Grundleiden zweifellos herausstellt." Ganz richtig und eben deswegen, weil ein „wohl charakteri-

sirter" echter epileptischer Anfall nachgefolgt ist, war auch der vorausgegangene transitorisch-psychische Symptomen-Complex keine „psychische Epilepsie", sondern eine Transformation des vorher schon bestandenen somatischen epileptischen Leidens.

So dunkel auch das Wesen der Epilepsie heutzutage noch sein mag, ist diese räthselhafte Krankheit denn doch schon so weit aufgeklärt, dass eine aller somatischen Grundlage entbehrende reine Epilepsie des Verstandes mit voller Entschiedenheit beweiskräftig in Abrede gestellt werden kann.

Art. XXVII.

Differential-Diagnose der transitorischen Tobsucht von den sogenannten transitorisch-neuralgischen Dysthymien (Dysphrenien).

Wie überhaupt jedes körperliche Missgefühl oder Leiden seinen Eindruck auf die Psyche nicht verfehlt, so können insbesondere heftige Körperschmerzen bei der innigen Verbindung und Solidarität des gesammten Nervensystems mit dem Gehirne das letztere reflectorisch in einen abnormen Erregungszustand versetzen und transitorische Psychosen verschiedener Art auslösen. Besonders quälende Schmerzen im Stirntheile, im Epigastrium und in den Intercostalräumen sind im Stande, vorübergehende Paroxysmen zu bewirken, die mit jenen der transitorischen Tobsucht oder den Angstzufällen manche Aehnlichkeit darbieten. Ausserdem hat man solche vorübergehende psychische Alienationen aber auch als Folge von Verletzungen oder Operationen, von Gicht, acutem Rheumatismus, von Abscessen, schmerzhaften Anschwellungen der Kniegelenke u. dgl. beobachtet. Sie erfordern, da sie nicht bei Jedermann aus derselben Ursache eintreten, jedenfalls eine besondere Prädisposition des Centralorganes, eine eigenthümliche und abnorme Reactionsweise desselben auf neuralgische Gefühle, kommen daher auch zumeist in Folge ererbter oder erworbener neuro- oder psychopathischer Belastung, bei reizbaren, nervösen oder bei anämischen

Individuen, oder aus Ursache tiefer Ernährungsstörungen des Gehirnes vor. Die locale Nervenerregung pflanzt sich centripetal auf das krankhaft prädisponirte Centralorgan fort und stimmt das letztere, mit einem Anfalle zu antworten, der manchmal nur Momente, manchmal aber auch Stunden, seltener Tage lang dauert und dessen Symptomen-Complex nach Verschiedenheit der Fälle auch jeweilig sehr verschieden ist. Anomalien des Sinnes-, Vorstellungs- und Gefühlslebens, Affecte der heftigsten Wuth oder Angst, diesen adäquate, zumeist stabile und sich suf den Locus dolens beziehende Hallucinationen und Illusionen, unbändige motorische Erregung, abnorme, bis zur Zerstörungswuth, Mord und Selbstmord gehende Triebe und Willensimpulse mit nur halbbewusster Erkenntniss des Zweckes und des Objectes der Handlung sind die gewöhnlichen Begleitungs-Symptome. Es kann nicht in unserer Aufgabe liegen, diese Reflexpsychosen einer näheren Beschreibung und Erklärung zu unterziehen; wir verweisen in dieser Hinsicht auf die einschlägigen ausgezeichneten Arbeiten Schüle's und Krafft-Ebing's, und beschränken uns lediglich darauf, im Folgenden die wesentlichsten Differentialmomente derselben von der transitorischen Tobsucht, mit welcher sie in der Literatur sehr häufig verwechselt wurden, hervorzuheben. Schon die Aetiologie und Pathogenese ist eine ganz andere. Blutcirculations-Störungen, Fluxionen zum Gehirne sind zur Entstehung der transitorisch-neuralgischen Dysthymien keineswegs erforderlich, wie zu jener der transitorischen Tobsucht, ja sie fehlen sogar in den meisten Fällen. Dagegen ist bei transitorischer Tobsucht in der Regel keine Neuralgie zu entdecken — die neuralgische Dysthymie hat stets ihre erweisliche somatische Ursache, was bei transitorischer Tobsucht nur selten der Fall ist. Während letztere nur ausnahmsweise durch Prodromal-Anzeichen vorherverkündet wird, sind solche bei der ersteren gewöhnlich, indem erst eine Exacerbation des bereits einige Zeit bestehenden Leidens den Ausbruch des Paroxysmus herbeiführt; das Bewusstsein schwindet bei neuralgischen Dysthymien nie so gänzlich wie bei der transitorischen Tobsucht, die Sinnestäuschungen, wenn sie überhaupt auftreten, sind begrenzter, stabiler; niemals führt der Schlaf, sondern

stets nur die Behebung der erregenden Ursache und des Schmerzes die kritische Lösung des Anfalles herbei und volle Amnesie ist nur in jenen Fällen vorhanden, wenn der Paroxysmus ein furibunder und vehementer gewesen ist, sonst bleibt immer eine mehr als summarische Erinnerung des Vorgefallenen zurück. So lange das den Schmerz veranlassende Grundleiden besteht, kann sich auch die neuralgische Dysthymie bei jeder Exacerbation desselben wiederholen, daher solche Reflexpsychosen oft sehr häufige Erscheinungen im Leben eines und desselben Individuums sind und, was bei transitorischer Tobsucht ein höchst seltener Fall ist, auch bei Personen des weiblichen Geschlechtes öfters vorkommen. Erwähnt sei noch, dass periphere Reizungen und heftige Körperschmerzen bei Bestand eines, wenn auch nicht deutlich ausgesprochenen epileptischen Grundleidens sehr leicht im reflectorischen Wege vorübergehende Paroxysmen auszulösen vermögen, wie wir solche im vorhergehenden Artikel beschrieben haben und deren epileptischer Charakter wohl selten zu verkennen sein wird.

Art. XXVIII.

Differential-Diagnose der transitorischen Tobsucht vom pathologischen Zornaffecte.

Zornaffecte, die auf pathologischem Boden, einer krankhaften organischen Basis, spontan und zumeist ohne genügende Veranlassung entstanden sind, und bei denen daher das Motiv im auffallendsten Widerspruche zur Höhe der Entäusserung steht, bieten durch die dabei stattfindende heftige motorische Erregung, die begleitenden Körpersymptome und den concurrirenden Vernichtungs- und Zerstörungsdrang eine ganz besondere täuschende Aehnlichkeit mit den Erscheinungen der transitorischen Tobsucht dar, mit welcher sie auch die nachfolgende, gewöhnlich ziemlich vollständige Amnesie gemein haben. Die wesentlichen Unterscheidungs-Merkmale bestehen aber im Folgenden:

1. Der pathologische Zornaffect hat stets eine nachweisbare krankhaft-somatische Grundlage, und ist nur Symptom einer bestehenden Neurose oder Psychose, die sich ohne Schwierigkeit wird ermitteln lassen. Häreditäre Belastung, überstandene Krankheiten, Alkoholismus und andere wohl bekannte ätiologische Momente können die bleibende Disposition zu solchen unter ganz abnormen Erscheinungen verlaufenden, wilden, das Leben der Umgebung bedrohenden, unmotivirten und unbegreiflichen Wuthausbrüchen herbeigeführt haben. Insbesondere Epileptiker sind auch in den intraparoxysmellen Zeiten solchen sinnlosen Wuthanfällen (die man ehedem als Excandescentia furibunda oder Iracundia morbosa bezeichnete) ohne alle, oder aus nur eingebildeter Veranlassung ausgesetzt, die aber, obwohl manchmal von convulsivischem Zittern begleitet, nicht als stellvertretende epileptische Anfälle betrachtet werden dürfen, auch keine periodische Wiederkehr nachweisen, sondern eben nur in Folge der Gemüthsreizbarkeit auftretende, durch zufällige Umstände hervorgerufene pathologische Zornaffecte sind, welche wie diese im Allgemeinen verlaufen.

2. Die motorische Erregung beim pathologischen Zornaffecte ist keine spontane, sondern durch das Medium der Gedanken und Gefühle gegangene.

3. Die Bewusstseinsstörung ist eine weit geringere, als bei der transitorischen Tobsucht. Es findet keine Ideenflucht statt, der Inhalt des Bewusstseins concentrirt sich vielmehr in einem sehr beschränkten, eben dem Zornaffecte entsprechenden Vorstellungskreis. Hallucinationen und Illusionen werden sich schwerlich einstellen oder nachweisen lassen. Die Intelligenz ist, wie schon aus den Reden des Wüthenden deutlich warnehmbar, viel weniger getrübt, er hat stets die theilweise Erkenntniss dessen, was er thut, ist sich des Anlasses und Zieles bewusst, und richtet seine Angriffe zumeist nur gegen seinen Gegner (höchst selten tritt blinder Zerstörungstrieb ohne alle Rücksicht auf die Personen ein).

4. Der pathologische Zornaffect hat denn doch eine ersichtliche, wenn auch nur imaginäre Veranlassung seiner Entstehung. Der Wuthaffect in der transitorischen Tobsucht

ist spontan und erfordert zu seinem Auftreten gar keine Veranlassung.

5. Die Gemüthsbewegung beim Zornaffecte ist im Momente seiner Entstehung am heftigsten, und lässt dann allmälig nach. Bei der transitorischen Tobsucht erhält sich der Wuthparoxysmus stundenlang mit gleicher, ja zuweilen steigender Intensität fort.

6. Selbst der heftigste pathologische Zornaffect dauert nie länger als einige Minuten, somit viel kürzer als die transitorische Tobsucht selbst bei der kürzesten bisher beobachteten Dauer.

7. Während bei der transitorischen Tobsucht der eintretende Schlaf das Gleichgewicht der Seelenkräfte wieder herstellt, findet der pathologische Affect seine Lösung niemals durch Schlaf, sondern durch die nach einiger Zeit von selbst wiederkehrende Gemüthsruhe.

8. Endlich wiederholt sich bei Fortbestand desselben Grundleidens der pathologische Zornaffect unzähligemale im Leben, und zwar bei Individuen des weiblichen Geschlechtes ebensowohl wie bei jenen des männlichen.

Art. XXIX.

Unterschied der transitorischen Tobsucht von anderen transitorischen Bewusstseinsstörungen überhaupt, und von Schlaftrunkenheit insbesondere.

Da das Gehirn, der Sitz aller seelischen Thätigkeit und des Bewusstseins, mittelst der von ihm ausstrahlenden Nervenbahnen mit sämmtlichen Organen des menschlichen Körpers in Verbindung steht, beeinflussen auch ihrerseits alle körperlichen Organe direct oder indirect das Hirn und dessen geistige Functionen; Erkrankungen oder abnorme Vorgänge im Körper können daher plötzlich zu den heftigsten Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, zu transitorischen Psychosen aller Art führen, von denen manche nach Art der transitorischen Tobsucht mit Erscheinungen motorischer Erregtheit und Gewaltacten verlaufen. In unserem, im vorigen Jahre bei H. Laupp in

Tübingen erschienenen Werke: „Die Bewusstlosigkeitszustände als Strafausschliessungsgründe im Sinne der neuen deutschen, österreichischen und ungarischen Strafgesetzgebung" haben wir diese besonderen Körperzustände und die daraus hervorgehenden transitorisch-seelischen Störungen einer ausführlichen Besprechung unterzogen, auf welche wir hiermit verweisen. In unserem gegenwärtigen Werke glauben wir jedoch das Krankheitsbild der transitorischen Tobsucht so genau beschrieben und von allen mehr oder minder verwandten Erscheinungen so scharf abgegrenzt zu haben, dass eine Verwechslung derselben mit anderweitigen transitorisch-psychischen Alienationen, die man früher so häufig unter dem allgemeinen Collectivnamen der transitorischen „Manie" auswahls- und kritiklos zusammengeworfen hat, bei nur einiger Aufmerksamkeit nicht mehr zu besorgen stehen dürfte. Solche vorübergehende Seelen-, respective Bewusstseinsstörungen entstehen zumeist aus Fieber- und Infectionskrankheiten, anämischen und Erschöpfungszuständen, Ernährungsstörungen, organischen Körperdefecten, krankhaften Vorgängen im Geschlechtsleben, in Folge gewisser Entwicklungsperioden des menschlichen Organismus, bestehender Neurosen (besonders Hysterie und Epilepsie) und Anderem. Alle diese können den Ausgangspunkt für verschiedenartige, plötzlich auftretende transitorische Reflexpsychosen mit Bewusstseinsverlust, anscheinend tobsüchtigem Verlaufe, Zerstörungstrieb und nachfolgender gänzlicher oder theilweiser Amnesie abgeben. Aber alle diese Bewusstseinsstörungen mit Aufregung sind nur Symptome oder Folgen eines erweislich bestehenden körperlichen Ergriffenseins; ihre Aetiologie und Pathogenese ist gewissermassen handgreiflich, sie sind wohl in ihrer äusseren Erscheinung dem Tobsuchts-Paroxysmus verwandt, aber nur in den seltensten Fällen wahre Tobsuchtsanfälle, da die bei ihnen obwaltende motorische Erregung keine unwillkürliche spontane, sondern eine durch Gedanken und Gefühle vermittelte ist. Sie sind ferner (falls sie nicht einfache pathologische Zornaffecte sind) zumeist eher depressiver als expansiver Natur, aus deprimirter Stimmung hervorgehende, von schreckhaften dämonomanischen Delirien begleitete Angst-

paroxysmen, dem sogenannten Raptus melancholicus ähnlich verlaufend; werden stets von länger dauernden Prodromen eingeleitet, finden ihre Lösung niemals durch Schlaf und entbehren, kurz gesagt, aller die transitorische Tobsucht kennzeichnenden Hauptkriterien, mit Ausnahme der mehr oder minder vollständigen Amnesie.

Dass transitorische Tobsucht jemals unmittelbar nach dem Erwachen aus dem Schlafe aufgetreten sei, ist, den im Art. VIII erwähnten Fall von Kohlenoxydgas-Vergiftung ausgenommen, uns kein weiterer Fall bekannt, auch sind wir weit davon entfernt, den gleichfalls daselbst erwähnten Fall des Staatsrathes Lemke für Schlaftrunkenheit anzusehen und halten selben für einen durch Indigestion und Gehirnhyperämie herbeigeführten, wenn auch etwas ungewöhnlich verlaufenden Fall der transitorischen Tobsucht. Da es jedoch recht gut möglich erscheint, dass transitorische Tobsucht ebenso wie irgend eine andere somatische oder psychische Alteration sich während des Schlafes entwickeln und bei ihrem Ausbruche mit Schlaftrunkenheit verwechselt werden könne, bemerken wir zur Differential-Diagnosticirung nur, dass Zustände der Schlaftrunkenheit auch bei protrahirter Dauer den Zeitraum von einigen Minuten nicht übersteigen, ihnen stets aus dem Traume herübergenommene Illusionen zu Grunde liegen, die zu bestimmten deutlich bewussten Thaten (z. B. Abwehr vermeintlicher Feinde) veranlassen, und dass die Schlaftrunkenheit ihre Lösung niemals durch erneuerten Schlaf, sondern im Gegentheil durch völlige Ernüchterung findet. (Siehe hierüber unser obcitirtes Werk: „Die Bewusstlosigkeits-Zustände" etc.) In welchem Zusammenhang unruhiger Schlaf und nächtliches Aufschrecken aus selbem mit epileptischen Leiden stehe, haben wir bereits an anderen Orten erörtert.

Art. XXX.

Untergattungen der transitorischen Tobsucht.

Transitorische Tobsucht auf alkoholischer Grundlage, s. g. Mania o. ferocitas ebriosa, Mania a potu. Differenzirung derselben von gewöhnlicher Berauschung. Forensische Wichtigkeit derselben.

Die physiologischen und pathologischen Wirkungen des Alkohols in somatischer und psychischer Beziehung, und die Erscheinungen der Trunkenheit von ihrem leichtesten bis zum höchsten Grade sind bekannt. In mässiger Menge genossen wirkt Alkohol erheiternd und anregend, in stärkeren Quanten oder gar im Uebermasse jedoch excitirend und lähmend. Oft schon aber stellen sich beim Trinkenden nach verhältnissmässig ganz geringen genossenen Quanten von Alkohol Erscheinungen ein, welche von jenen selbst des stärksten Rausches wesentlich verschieden sind, so dass der Betreffende weit eher einem Rasenden oder wilden Thiere als einem Berauschten gleicht. — Die Erscheinungen besitzen mit jenen alkoholischer Natur nur eine entfernte Aehnlichkeit und übersteigen alle bekannten physiologischen und pathologischen Wirkungen des Alkohols um ein Beträchtliches. — Die Störung der psychischen Functionen ist nämlich nicht so wie bei dem gewöhnlichen Rausche durch zu starke Blutzufuhr zum Gehirne und durch qualitative Veränderung des Blutes, sondern durch ganz besondere individuelle organische Ursachen herbeigeführt. Eine bescheidene Menge spirituösen Getränkes, die bei anderen Individuen oder auch beim selben Individuum zu anderen Zeiten beinahe wirkungslos vorübergegangen wäre, genügt im speciellen Falle, um einen Ausbruch furibunder transitorischer Tobsucht zu bewirken, indem eben die organischen Momente die Erregbarkeitsschwelle des Hirns und Nervensystems gegen Alcoholica bedeutend herabgesetzt haben. Der Alkohol war hier nur der Anlass, nicht aber die Ursache der Entstehung der transitorischen Tobsucht, die mit einigen wenigen, später zu erwähnenden Modificationen ebenso wie der von uns geschilderte gewöhnliche typische transitorische Tobsuchts-Paroxysmus verläuft. Es ist hier wohl ein durch den Alkohol ausgelöster psychopathischer, aber kein Berauschungszustand vorhanden. Der un-

gemein forensischen Wichtigkeit dieser Entscheidung willen (da nämlich bei Beurtheilung der Zurechnungsfähigkeit der in solchem Zustande verübten That derselbe sehr leicht mit Trunkenheit verwechselt werden kann) führen wir vorerst umständlichst alle jene Momente an, welche die Differential-Diagnose dieser beiden transitorisch-psychischen Alienationen begründen.

1. Wenn auch zweifellos das Spirituosen-Quantum, welches verschiedene Individuen zu vertragen vermögen, ehe sich ein Berauschungszustand im eigentlichen Sinne bei ihnen einstellt, ein sehr verschiedenes ist, so ist doch im Allgemeinen keine besondere krankhafte Prädisposition des Centralorganes dazu erforderlich, um in den Zustand der Trunkenheit zu verfallen. Auch für das gesundeste und kräftigste Hirn wird bei fortgesetztem Trinken sich der Grundsatz sunt certi denique fines bewahrheiten, aber eben nur der Uebergenuss bewirkt den pathologischen Zustand. Dagegen jedoch zeigt tausendfältige Erfahrung, dass gewisse Individuen keineswegs eines Uebermasses, sondern oft nur eines ganz geringen Quantums alkoholischen Getränkes bedürfen (nicht etwa um blos berauscht zu werden, was bei Frauen, Kindern, kränklichen, schwächlichen, in der Ernährung herabgekommenen Leuten oder Gewohnheitstrinkern etwas sehr Gewöhnliches ist und wobei die Berauschung nur schneller eintritt, aber sonst normal verläuft), um sogleich das Bild ganz ausnahmsweiser psychisch abnormer, dem Berauschungszustand nur äusserlich ähnlicher Erscheinungen zu bieten. Es gibt, wie Legrand de Saulle sagt, Individuen, die kaum ein Gläschen unverdünnten Weines trinken können, ohne sogleich von allen Sinnen zu kommen. Obwohl sonst ruhig und gesittet, werden sie sogleich aufbrausend, intolerant gegen jeden Widerspruch, krakehlend, wegen jeder Kleinigkeit händelsüchtig, raufluştig und ihrer Umgebung beschwerlich; sie ändern ihren ganzen Charakter. Es sind dies meist Individuen, die an periodischen starken Kopfschmerzen leiden, von stets congestionirtem Aussehen und apoplektischem Habitus von reizbarem und geschwächtem Nervensystem, zu Zornausbrüchen und Excessen geneigte psychopathisch veranlagte Naturen, die sich ihr Leben lang auf der Grenze zwischen psychischer Gesundheit und Krankheit bewegen. — Eine solche Prädisposition des

Central-Organes, auf Alkohol ganz abnorm zu reagiren, kann entweder angeboren (Descendenz von neuro- oder psychopathischen und trunksüchtigen Eltern) oder auch im Laufe des Lebens auf mannigfaltige Weise erworben sein, ohne sich eben unter gewöhnlichen Verhältnissen überhaupt und anders als auf alkoholische Veranlassung bemerkbar zu machen, obwohl der Schluss, dass ein gegen geringfügige Alkoholquanten so aussergewöhnlich und krankhaft intolerantes Hirn auch gegen andere Noxien wenig gefeit und daher auch zu Psychosen anderer Art vorzugsweise prädisponirt sein möge, schwerlich als ganz ungerechtfertigt erscheinen dürfte.

Unzweifelhafte Thatsache ist es jedenfalls, dass Alkohol auf pathologische Gehirne mächtiger und schädlicher einwirke als auf physiologische, daher auch jede abnorme Reaction des Gehirns auf denselben als Symptom latenter Krankheit, des Central-Nervensystems, als Beweis pathologischer Gehirnzustände betrachtet werden muss. Wie diese anomalen Gehirnzustände, beziehungsweise die Prädisposition des Centralorganes erworben worden sein mag (z. B. schon in den ersten Lebensjahren durch überstandene cerebrale Affectionen), ist gleichgiltig. — Es genügt, dass eine Prädisposition des Gehirnes vorhanden sei, zufolge welcher der Alkohol (was sonst keineswegs zu seinen Eigenschaften gehört) transitorische Tobsuchts-Anfälle auszulösen vermag. — Da letztere bekanntlich in fluxionären Gehirnhyperämien ihre nächste Begründung haben und stets von denselben begleitet sind, Alkohol aber den Blutumlauf beschleunigt, das Blut rascher zum Gehirne treibt, ergibt sich von selbst, dass jene Individuen, welche an Blutwallungen zum Gehirne überhaupt leiden und daher schon im Allgemeinen zur transitorischen Tobsucht mehr incliniren auch in Folge wenn auch nur mässigen Alkoholgenusses dieser vorübergehenden Psychose weit mehr ausgesetzt sind als Andere, was aber ohne das Vorhandensein einer besonderen Hirnprädisposition ebensowenig erklärbar wäre, als bei transitorischer Tobsucht in Folge anderer occasioneller Momente, welche gleichfalls fluxionäre Hyperämie herbeiführen. — Es muss jedenfalls ein Hirnzustand abnormer Art vorliegen, denn da die Wirkung des Alkohols, im Falle derselbe transitorische Tobsucht aus-

zulösen vermag, von seinen gewöhnlichen physiologischen oder pathologischen Folgen gänzlich verschieden ist, so kann nicht in ihm, sondern nur in der Natur des Trinkenden selbst die Ursache dieser so durchaus differenten Wirkung gelegen sein. Aus der Natur des Alkohols allein und dem oft nur sehr geringen genossenen Quantum desselben lässt sich eine so abnorme psychische Störung, ein so ganz eigenartig verlaufender Rauschzustand nicht erklären; es muss daher ausserdem, und zwar hauptsächlich ein in der persönlichen Organisation des Trinkenden gelegenes pathologisches Moment angenommen werden, das im Vereine mit dem Alkohol oder vielmehr durch diesen veranlasst eine so heftige und ungewöhnliche Wirkung hervorbrachte. Welche diese pathologischen Bedingungen im Hirne sind, ist freilich ebenso unbekannt, wie die Ursache, warum der Alkohol nicht jedesmal bei demselben Individuum transitorische Tobsuchtszustände auslöst und dieselbe Person je nach ihrem jeweiligen körperlichen Befinden manchmal weit grössere Quantitäten sogar stärkerer spirituöser Getränke ohne jede psychische Benachtheiligung verträgt. Die Prädisposition ist, wie bei transitorischer Tobsucht überhaupt, so auch hier, manchmal nur eine zeitweilige, aber vorhanden ist sie jedenfalls und sie wird sich in der Regel weit leichter sicherstellen lassen als bei anderen Fällen der transitorischen Tobsucht, die nicht selten ganz gesunde oder wenigstens gesund scheinende Individuen heimsuchen.

2. Wie schon mehrerwähnt, sind Quantität und Qualität des genossenen alkoholischen Getränkes auf die Entstehung der transitorischen Tobsucht ohne wesentlichen Einfluss. Selbst geringe Mengen an Alkohol geringhältiger Getränke genügen, um die Psychose auszulösen. Die transitorische Tobsucht in Folge Alkohols ist eben keine Berauschung, und es ist nicht übermässiges Trinken erforderlich, um sie herbeizuführen. Sie ist wohl ein psychopathischer, aber kein Trunkenheitszustand (auch kein pathologischer Rausch, wie man sie hie und da unrichtig zu bezeichnen pflegt). Der Alkohol ist nicht die Ursache der psychopathischen Alienation wie beim gewöhnlichen Rausche, sondern die durch das wenn auch geringfügige Alkoholquantum schleunigst herbeigeführte

fluxionäre Gehirnhyperämie hat im prädisponirten Centralorgane die transitorische Psychose ausgelöst. Eben deswegen stehen Menge und Gattung des Getrunkenen mit der rapiden und enormen Wirkung anscheinend in keinem Verhältniss; aber es ist eben keine Psychose in Folge zu vielen Trinkens vorhanden, sondern ein acuter Tobsuchtsanfall, der ohne stattfindende Alkohol-Intoxication primär aufgetreten und durch den Alkohol nur veranlasst, nicht aber verursacht worden, und nicht vom Quantum des Genossenen, sondern von der Prädisposition des Trinkenden abhängig war. Selbst aber, wenn nach Quantität und Qualität genügend getrunken worden ist, um überhaupt einen Rauschzustand herbeiführen zu können, verläuft bei einem derartig prädisponirten Individuum der Rausch auf eine von Rauschzuständen anderer Individuen gänzlich verschiedene, sowohl von der physiologischen als der pathologischen Breite der stärksten Trunkenheit gänzlich differente Weise, d. h. eben unter den Symptomen der transitorischen furibunden Tobsucht.

3. Selbst bei jenen Individuen, die in Folge schwächlicher Constitution, schlechter Ernährung oder habituellen Trinkens schneller als andere berauscht werden (siehe Punkt 1), benöthigt der Eintritt der eigentlichen Trunkenheit doch einige Zeit, die Berauschung durchläuft gewisse Stadien, ehe sie acut wird und tritt niemals plötzlich, sondern nur allmälig ein. Dagegen bricht die transitorische Tobsucht, auch wenn sie auf alkoholischer Basis beruht, ihrer Natur getreu, beinahe ohne alle Vorboten, plötzlich, unvermittelt und mit sogleicher Vehemenz herein.

4. Weiter vorgeschrittene Trunkenheit hat, der physiologischen Wirkung des Alkohols auf das Gehirn gemäss, schon einen mehr oder minder bemerklichen Lähmungszustand, eine Abnahme der psychischen Kräfte und der freien Muskelbewegung zur Folge. Dies zeigen die unsicheren Bewegungen, die schwankende Haltung, der taumelnde Gang, die schwere, lallende Zunge des Trunkenen; die Erhöhung seiner Muskelkraft ist nur scheinbar, die Erfahrung beweist vielmehr, dass der Berauschte, ohne energischen und ausdauernden Wider-

stand entgegenzusetzen, zumeist leicht bewältigt werden kann. Bei der durch Alkohol ausgelösten transitorischen Tobsucht stellt sich aber die paralysirende Wirkung desselben — da ja das Gehirn damit nicht überfüllt ist — nicht ein, der Tobsüchtige ist in vollem Besitze seiner überdies noch durch den Zornaffect erhöhten Kraft, seine Bewegungen sind (zumal da auch seine Intelligenz minder gestört ist) von dem (obwohl unfreien) Willen lenkbare, das Gehirn hat die Herrschaft über die motorischen Apparate nicht so gänzlich verloren und vermag dieselben nach Willkür zu beeinflussen; daher die sichere Körperhaltung, der gerade aufrechte Gang (selbst Laufen), die sichere Zunge und Sprache, kraftvolle, energische Bewegungen und die sichere Vornahme gewisser Handlungen. Der Tobsüchtige ist ganz aussergewöhnlicher Kraftanstrengung fähig und besitzt das Bewusstsein seiner Stärke und Widerstandsfähigkeit, daher der ausdauernde und wüthende Kampf gegen Diejenigen, die ihn zu überwältigen versuchen, während der Berauschte diesen Kampf nicht wagt oder doch nicht lange fortsetzt, weil er wohl fühlt, seinen Angreifern nicht gewachsen zu sein. Wenn daher angeblich im Zustande der Trunkenheit schwere, grosse Körperkraft erfordernde Gewaltacte verübt wurden, oder wenn die Bewältigung des Thäters nur nach kräftigstem und ausdauerndstem Widerstande desselben erfolgen konnte, so ist entweder nur eine Trunkenheit niederen Grades vorhanden gewesen oder ein Tobsuchtsausbruch vorgelegen.

5. Die auf alkoholischer Basis beruhende transitorische Tobsucht unterscheidet sich nicht nur von den höhergradigen Rauschzuständen, sondern auch von den übrigen Arten der transitorischen Tobsucht durch ein relativ weit mehr intact erhaltenes Bewusstsein und eine weit ungetrübtere Intelligenz. Weder besondere Anomalien der Sinnesthätigkeiten noch des Vorstellungsverlaufes lassen sich nachweisen — die Aussenwelt wird richtig percipirt, die Umgebung richtig erkannt, die Rede ist weder sinnlos noch verworren, das Handeln combinirter und zweckbewusster, aber ein zügelloser spontaner Zorn- und Wuthaffect (der nach Entladung

drängt) beherrscht das gesammte Seelenleben und die Aeusserungen desselben. Die Psychose erstreckt sich hier im Gegensatze zur hochgradigen Trunkenheit und den anderen Formen transitorischer Tobsucht, welche auch das Sensorium und das Vorstellungsleben schwer ergreifen, wenn auch nicht ausschliesslich, so doch vorwiegend auf die Gefühls- und Willenssphäre.

6. Es ist eine bekannte Thatsache, dass viele, auch sonst ruhige und gesittete Individuen selbst bei ganz leichter Berauschung massloser Zornausbrüche und grober Excesse fähig sind. Mögen solche Zornparoxysmen nun eine pathologische Begründung haben oder nicht, so bieten sie jedenfalls in ihrer äusseren Erscheinung eine unverkennbare Aehnlichkeit mit den durch Alkohol ausgelösten transitorischen Tobsuchtsanfällen, und eine Verwechslung beider Zustände scheint um so leichter möglich, als der durch den Alkohol entstandene Gehirnreiz sich auch bei einfacher Trunkenheit auf die motorischen Bahnen fortpflanzt und somit Zorn und Trunkenheit sich in Gewaltacten nach aussen projiciren können. Der blosse Zornaffect, sei er nun blos physiologisch oder pathologisch, wird jedoch, wie alle Affecte, nach verhältnissmässig kurzer Dauer durch die wieder eintretende Gemüthsruhe abgelöst werden, während die transitorische Tobsucht in der Regel stundenlang andauert. Der einfache, wenn auch in Folge des Trinkens entstandene Affect bedarf wie jeder andere einer, wenn auch nur geringfügigen oder selbst imaginären Veranlassung; bei der transitorischen Tobsucht ist zu seinem Entstehen gar kein Motiv erforderlich, er ist spontan und in allen Fällen pathologischer Natur.

7. Obwohl sehr häufig nach einigen Stunden genossenen ruhigen Schlafes die Trunkenheit zur Gänze verschwunden ist, so ist doch keineswegs der Schlaf selbst die kritische Lösung derselben gewesen, sondern nur der Umstand, dass während dieser Zeit der Alkohol (auf welch' immer eine Art) aus dem Körper ausgeschieden wurde und somit seine Wirkung aufgehört hat. Sobald nur überhaupt diese allmälige Entfernung des Alkohols aus dem Organismus stattgefunden hat, wozu keineswegs der Schlaf unbedingt nothwendig ist, verschwindet

auch der Berauschungszustand. Selbst schwere Trunkenheit kann sich bei wachem Zustande allmälig verflüchtigen. Die durch Alkohol ausgelöste transitorische Tobsucht findet aber wie jede andere transitorische Tobsuchtsform nur durch den Schlaf ihre kritische Lösung.

8. Schwere Berauschungszustände lassen unter allen Umständen, selbst wenn ihnen ein langer und gesunder Schlaf gefolgt ist, den unter dem vulgären Namen „Katzenjammer" bekannten ungemüthlichen Entnüchterungszustand, eine oft noch den ganzen folgenden Tag und länger andauernde Betäubung und Eingenommenheit des Kopfes zurück. Dem Erwachen aus dem die alkoholisch-transitorische Tobsucht beschliessenden kritischen Schlafe folgt die volle frühere geistige Integrität ohne alle Nachwehen. Es hatte eben keine Ueberfüllung der Blutbahnen mit Alkohol stattgefunden und es war kein Berauschungs-, sondern ein Tobsuchtszustand vorhanden gewesen.

9. Endlich ist in den meisten Fällen nach erfolgter kritischer Lösung des alkoholischen Tobsuchts-Paroxysmus die Amnesie eine weit vollständigere als nach vergangenem Rauschzustande. Das Seelenleben zeigt von einem bestimmten Punkte an, wo jede Erinnerung aufhört, eine vollständige Lücke, mag der Kranke auch noch so schreckliche und auffällige Thaten während des Paroxysmus verübt haben, er weiss nichts davon. Dem Berauschten aber bleibt in solchen Fällen stets eine, wenn auch nur unbestimmte Erinnerung der That zurück, wenn auch nicht in den Einzelnheiten, so weiss er sich doch in der Hauptsache dessen, was er in trunkenem Zustande verübte, dunkel zu entsinnen.

Hiemit glauben wir die wesentlichsten Unterscheidungsmerkmale der in Folge Alkoholgenusses entstandenen transitorischen Tobsucht von der Trunkenheit genügend dargestellt zu haben, um jeder Verwechslung der beiden psychopathischen Zustände zu begegnen, die besonders vor Gericht für den einer während eines solchen transitorischen Tobsuchts-Paroxysmus begangenen objectiv strafbaren That Angeschuldigten von den nachtheiligsten Folgen begleitet sein könnte. Da nämlich die Zeugen der That sowohl als der Richter sehr geneigt sind, die Unzurechnungsfähigkeit der That von der Quantität und

Qualität des vorher genossenen alkoholischen Getränkes und der daraus resultirenden Bewusstseinsstörung abhängig zu machen, so liegt die Gefahr sehr nahe, dass sie in einem Angeklagten, der erwiesenermassen nur eine sehr geringe, zur Herbeiführung der Trunkenheit nicht geeignete Menge Spirituosums genossen hat, dessen Intelligenz anscheinend nur sehr wenig getrübt war, der logisch zusammenhängende Reden führte, dessen Bewegungen frei und dessen Gang aufrecht war, der überhaupt nicht das Aussehen eines Betrunkenen darbot und seine Handlungen planmässig und methodisch auszuführen schien — nur einen in sehr leichtem Grade oder gar nicht betrunkenen böswilligen Uebelthäter erblicken und dass sonach ein Unschuldiger, weil Unzurechnungsfähiger, aus dem Grunde, weil er nicht sinnlos betrunken war, für schuldig befunden und, da es sich zumeist um schwer verpönte Gewaltacte handelt, auch zu der entsprechenden schweren Strafe verurtheilt wird, ungeachtet er die That im Zustande pathologisch bedingter Willensunfreiheit begangen hat und nicht Herr seiner Handlungen gewesen ist.

Um daher jeden Justizmord zu vermeiden, wird der Richter wohl thun, den Zustand jedes Angeklagten, der unter den oben geschilderten Umständen eine mit seinem Vorleben und sonstigen Charakter ganz unvereinbare, in ihren Motiven schwer zu enträthselnde That verübt hat, durch einen sachverständigen Arzt untersuchen zu lassen, welcher auf etwa bestehende psychopathische Belastung sein Hauptaugenmerk zu richten haben wird.

Art. XXXI.

Unterschied der durch Alkohol ausgelösten transitorischen Tobsucht vom typisch-transitorischen Tobsuchts-Paroxysmus und mehreren analogen Bewusstseins-Störungen.

Der durch den Alkohol ausgelöste transitorische Tobsuchts-Paroxysmus ist, wie aus dem Geschilderten hervorgeht, eine Untergattung der typisch-transitorischen Tobsucht, mit welcher er in den meisten wesentlichen Symptomen übereinstimmt und

von der er sich hauptsächlich dadurch unterscheidet, dass er unter allen Umständen eine krankhafte Prädisposition des Centralorganes voraussetzt, eine geringere Trübung des Bewusstseins und des Intellectes mit sich führt, und dass seine Aetiologie (oder wenigstens der unmittelbare Entstehungs-Anlass) bekannt ist. Aber wie die transitorische Tobsucht überhaupt, so entsteht auch diese ihre Untergattung selten oder nie aus einem einzigen Anlasse (dem Alkohol) allein, es wirken zumeist noch verschiedene andere accidentelle Momente, eine Combination von mehreren (meist fluxionsbefördernden) Schädlichkeiten zusammen, um den Ausbruch herbeizuführen, z. B. Ermüdung, Sonnenhitze oder Temperaturwechsel, dumpfe schwüle Stube, starker Tabak, Tanz, sexuelle Aufregung, zu rasches Trinken oder Trinken auf nüchternen Magen, dem Getränke beigemischte narcotische oder stimulirende Substanzen, vorausgegangener Streit, Aerger u. dgl. Der alkoholische Tobsuchts-Paroxysmus hat ferner ebenso wie die gewöhnliche transitorische Tobsucht seine Ataxien und abnorme Verlaufsweise, dass sie jedoch im Leben selten isolirt bleibt, sondern sich sogar häufig wiederholt, erklärt sich einfach aus der bleibenden Prädisposition und dem Anlasse seiner Entstehung, demzufolge er sogar freiwillig hervorgerufen werden kann. Dass die für denselben bisher gangbar gewesene Bezeichnung Mania ebriosa eine unrichtige sei, brauchen wir nach dem bereits früher Gesagten wohl nicht weiter zu erörtern.

Der Alkohol kann bekanntlich beinahe alle Arten von Psychosen und auch mehrfache transitorisch tobsuchtsähnliche Paroxysmen auslösen. Die Differenzirung der letzteren von eigentlicher alkoholisch-transitorischer Tobsucht wird keiner besonderen Schwierigkeit unterliegen. Sehr häufig sind einfache pathologische vorübergehende Zornaffecte selbst bei geringer Angetrunkenheit. Leute, welche gewohnheitsgemäss dem Trunke ergeben sind, leiden häufig, und zwar beinahe in jedem Berauschungsfalle, an raptusartig auftretenden Aufregungsanfällen mit Sinnestäuschungen, Verfolgungswahn und stets wiederkehrenden Wahn-Ideen, die sie nicht selten zu Gewaltacten antreiben. Der Unterschied solcher Zustände von alkoholisch-transitorischer Tobsucht, welche übrigens auch

keineswegs einen zur Gewohnheit gewordenen Alkoholmissbrauch voraussetzt, ist augenfällig. Epileptiker zeichnen sich ebenso sehr durch grosse Vorliebe für, als auch durch Intoleranz gegen alkoholische Getränke aus. Nicht nur, dass sie sehr schnell schon bei mässigerem Genusse in die höheren Grade der Trunkenheit verfallen, sondern auch ein ganz geringes Quantum Alkohol genügt in vielen Fällen schon, um bei ihnen einen echten oder unvollkommenen Anfall von Epilepsie mit convulsiven oder vertiginösen Zuständen, einen vollständigen epileptischen Tobsuchtsanfall oder doch einen höchstgradigen pathologischen Zornaffect auszulösen. Alle diese Zustände haben jedoch einen von der transitorischen Tobsucht wesentlich verschiedenen Verlauf und gänzlich andere Lösung. Ebenso ist andererseits der chronisch gewordene Alkoholismus ein fruchtbarer Boden für die Entstehung epileptoider Anfälle, die mit der Abstinenz von Alkohol wieder verschwinden. Endlich kann, gleichwie bei manchen Menschen der Alkoholgenuss überhaupt keine heitere, sondern vielmehr eine düstere und ängstliche Stimmung zu Tage fördert, bei besonderer Prädisposition des Gehirnes der Genuss oder Uebergenuss von Spirituosen in einzelnen Fällen auch zur Entstehung von grässlichen transitorischen Angstparoxysmen Veranlassung geben, wie wir solche im Art. XXIV dargestellt haben, nur erreicht in solchen Fällen das Angstgefühl mit der allmälig verschwindenden Einwirkung des Alkohols auf das Gehirn sein Ende. Dagegen kann es allerdings, so lange die den Angst-Paroxysmus hauptsächlich bedingende Gehirn-Prädisposition nicht behoben ist, aus eben derselben Veranlassung jedesmal wieder unter denselben Begleitungs-Symptomen und mit dem gleichen Verlaufe zum Vorschein gelangen.

Art. XXXII.

Casuistik zu den Art. XXX und XXXI.

Die Literatur enthält mehrere Fälle durch Alkohol ausgelöster transitorischer Tobsuchts-Paroxysmen, unter denen wir insbesondere auf den in „Friedreich's Blättern für gericht-

liche Anthropologie 1853", 4. Jahrgang, Heft 6, pag. 34, mitgetheilten, klar und ausführlich dargestellten Fall aufmerksam machen. Im Nachstehenden geben wir drei ähnliche Fälle aus unserer eigenen Erfahrung.

Erster Fall.

Johann Sz., aus Mähren gebürtig, 39 Jahre alt, ausgedienter Soldat von vorzüglicher Conduite, etablirte sich, nachdem er seiner Militärpflicht genügt hatte, in der kleinen Ortschaft E., woselbst er mit seinem geringen Vermögen von ungefähr 1500 fl. ein Gasthaus eröffnete und ziemlich gute Geschäfte machte, so dass er heiter und sorgenfrei leben konnte. Da er aber in seinem Geschäfte eine Gehilfin benöthigte, heiratete er eine gewisse Marie D. Die Ehe war jedoch von Anbeginn keine glückliche, wozu der Umstand wohl nicht wenig beitrug, dass Marie keiner anderen Sprache als der ungarischen mächtig war, die aber Johann Sz. nur mühsam radebrach, so dass er wegen seiner Sprachfehler häufig von seiner Gattin und deren Anverwandten gehöhnt und verlacht wurde. Die Entfremdung ging endlich so weit, dass Marie sich in der Person eines jungen Bauernburschen einen Liebhaber erkor, mit dem sie anfangs geheim, später aber ohne Hehl selbst vor ihrem Gatten ein intimes Liebesverhältniss unterhielt, und als Letzterer ihr darüber Vorwürfe machte, dessen Haus ganz verliess und eines Nachts mit allen ihren Effecten insgeheim in das benachbarte Dorf zu ihrem Liebhaber übersiedelte. Als Sz. am Morgen das Verschwinden seiner Ehehälfte bemerkte, war er zwar sehr betrübt darüber, nahm sich auch vor, die Entflohene im Betretungsfalle weidlich zu züchtigen, liess aber von alledem nichts merken, bediente seine Gäste — deren er wegen des zufällig stattfindenden Jahrmarktes an diesem Tage mehr hatte, als gewöhnlich — mit gewohnter Ruhe und Eifer, genoss aber selbst den ganzen Tag über weder Speise noch Trank, da ihm, wie er selbst sagte, „über sein nichtsnutziges Weib Essen und Trinken vergangen war". Erst am Abende, ungefähr um 9 Uhr, als nur mehr einige wenige Gäste sich in der Wirthsstube befanden, setzte er sich, von der Tagesarbeit ermüdet, zu ihnen an den

Tisch, und mit den Worten: „das war heute ein verfluchter Tag" langte er nach einer auf dem Schanktische befindlichen Flasche rothen Weines, goss davon sein Glas voll und stürzte den Wein in einigen rasch aufeinander folgenden Zügen hinunter. Sodann stand er ohne ein Wort zu sprechen auf und begab sich in das Nebenzimmer, indem er die Thüre ziemlich heftig zuschlug. Wenige Minuten darauf vernahmen die anwesenden Gäste aus diesem Zimmer ein merkliches Gepolter und ein Knattern wie von losgebrannten Raketen, begleitet von einem eigenthümlichen Brandgeruch und aus der Thürspalte dringendem Rauch. Sie öffneten erschreckt die in das Zimmer führende Thüre und sahen, dass das Bettgewand des Sz. in Flammen stand, und wie Sz. aus einer Schachtel fortwährend Gewehrpatronen in dieses Feuer hineinwarf. Auf ihren Schreckensaufruf: „Aber Sz., was treibst Du denn?" gab er ihnen, die Augen wild rollend und mit Donnerstimme die Antwort: „Packt Euch sogleich zum Teufel oder ich schiesse Euch Alle nieder wie tolle Hunde." Dabei griff er nach einem auf dem Tische liegenden Revolver und schrie nochmals: „Packt Euch, sage ich, sonst geht es Euch Allen schlecht." Die zu Tode erschreckten Gäste fanden es räthlich, diesem Ansinnen ungesäumt Folge zu leisten, eilten aber unverweilt, dem Gemeindevorstand die Anzeige von dem Vorfalle zu erstatten, der nur einige Schritte entfernt wohnte und sich sogleich mit drei Mann, die er zur Verfügung hatte, und einigen jungen Leuten, die freiwillig mitgingen, in die Wohnung des Sz. begab. Das Feuer hatte indessen schon grössere Fortschritte gemacht, die Dielen des Zimmers begannen bereits zu brennen und der Rauch war schon so stark, dass man kaum mehr sehen konnte. Inmitten dieses Feuers und Rauches stand Sz., sich in schrecklichen Flüchen ergiessend, den Revolver in der Hand, den er sogleich auf die gewaltsam in das Zimmer Eindringenden abfeuerte, glücklicherweise ohne Jemanden zu treffen. Er war zwar im Augenblicke von den Eintretenden überfallen und niedergeworfen, wobei er und mehrere seiner Angreifer nicht unerhebliche Brandwunden erlitten, aber damit war er noch lange nicht gebändigt und unschädlich gemacht. Ueber 20 Minuten leistete er sieben

kräftigen Männern wüthenden und verzweifelten Widerstand, ehe es endlich gelang, ihn zu binden und in den Arrest mehr zu tragen als zu führen, wobei er in ganz logischer und consequenter Rede alle seine Angreifer in unaufhaltsamem Redestrome schmähte, sie mit Namen nannte, ihnen ihre Sünden vorhielt, und den einen als „Hurer", den anderen als „Dieb", den dritten als „Lumpen" und „Schuldenmacher" u. dgl. bezeichnete. Im Arrestlocale, wo er gebunden auf eine Pritsche gelegt wurde, hörte man ihn noch durch drei Stunden beinahe ohne Unterbrechung fluchen und zeitweise brüllen. Gegen Mitternacht wurde er plötzlich stille, er war eingeschlafen. Der Schlaf dauerte nahezu 16 Stunden. Beim Erwachen wollte er von Allem, was vorgekommen war, nichts wissen, seine Erinnerung reichte nur bis zu dem Augenblicke, als er nach Genuss des Glases Rothwein in sein Wohnzimmer gegangen war. Er befand sich durch längere Zeit in gerichtlicher Untersuchung, welche erst in Folge ärztlichen Gutachtens eingestellt wurde. Nach dem Zeugnisse der Ortsobrigkeit und aller Ortsbewohner, sowie seiner früheren Militärbehörde ist Sz. ein Mann von durchaus tadelloser Aufführung, ohne Unterlass in seinem Geschäfte thätig, ruhig und bescheiden.

Obwohl kein Gewohnheitstrinker, konnte er doch früher nicht nur Bier und Wein, sondern auch Branntwein ohne allen Nachtheil für seine Gesundheit vertragen; seit jenem Anfalle aber hat sich seiner eine Abscheu vor allen Spirituosen bemächtigt, und schon der Geruch derselben bereitet ihm Uebelkeiten, daher er auch darauf bedacht ist, sein bisheriges Geschäft gegen ein anderes aufzugeben. Häreditäre Belastung war nicht nachweisbar, aber schon in seiner Kindheit hatte Sz. einmal, und während seines Militärstandes mehrmals an hartnäckigem Wechselfieber gelitten.

Zweiter Fall.

M. Cz., 33 Jahre alt, ausgedienter Soldat, seit anderthalb Jahren in der Dr. Franz Schwartzer'schen Heilanstalt zu Ofen als Wärter bedienstet, von untersetzter Statur, dickhalsig, vollsäftig, zeitweise an Brustbeklemmungen leidend, sonst vollkommen gesund, ein durchaus ordentlicher, durch seltene

Nüchternheit ausgezeichneter, im Dienste pünktlicher, ruhiger, gegen seine Vorgesetzten devoter Mann, erbat sich eines Nachmittags von der Direction die Erlaubniss, ausser seiner Zeit ausgehen und bis 10 Uhr Abends ausbleiben zu dürfen. Diese Erlaubniss wurde ihm anstandslos gewährt, worauf Cz. gegen 6 Uhr Abends sich entfernte. Um 8 Uhr erschien bei dem inspectionirenden Arzte der Besitzer einer einige hundert Schritte von der Anstalt gelegenen Weinschänke mit der Anzeige, dass Cz. in gänzlich trunkenem Zustande unerhörte Excesse in dem Schanklocale verübe und sich weder beschwichtigen noch entfernen lasse, daher dringendst um die Intervention eines der Anstaltsärzte gebeten werde. Cz. sei nämlich, nachdem er wahrscheinlich vorher schon anderswo stark getrunken haben müsse, vor einer halben Stunde in das Weinhaus gekommen, habe sich daselbst einen halben Liter Wein geben lassen, diesen schweigend ausgetrunken und sei etwa zehn Minuten darauf von seinem Stuhle wüthend aufgesprungen, habe Alles vor sich niedergeworfen, die Anwesenden mit Faustschlägen misshandelt u. dgl. Der inspectionirende Arzt, obwohl höchlichst verwundert, dass der sonst so nüchterne und ruhige Cz. sich schwere Trunkenheit und grobe Excesse zu Schulden kommen lasse, folgte unter Begleitung zweier handfester Pfleger über Aufforderung des Wirthes in das Schanklocale, aus welchem sich die meisten Gäste geflüchtet hatten, während sich die wenigen Zurückgebliebenen und die Familie des Wirthes darin hinter eine Art Barricade verschanzt hatten. Bei dem Eintritte des Inspectionsarztes war Cz., der mit gesträubten Haaren und blutunterlaufenen, wild rollenden Augen, hochgeröthetem, turgescirten Gesichte dastand, eben damit beschäftigt, unter grässlichen Drohungen und Flüchen diese Barricade zu stürmen, unaufhörlich wiederholend, dass „Niemand lebendig hinauskommen würde". Der Arzt trat an den Wüthenden heran und sprach ernsten und gemessenen Tones: „Cz., kommen Sie mit mir nach Hause, ich werde Ihnen ein abgesondertes Local anweisen, worin Sie Ihren Rausch ausschlafen können." — Bei diesen Worten drehte sich Cz. um, stellte sich kerzengerade, mit auf der Brust verschränkten Armen vor den Arzt und sagte mit heftiger Betonung: „Was?

ich einen Rausch? Sie wollen ein Psychiater sein und behaupten, dass ich betrunken sei? Schämen Sie sich." — Nun folgte eine Fluth der gemeinsten Schmähungen. Auf den erneuerten Befehl, das Local zu verlassen, zog er ein Taschenmesser heraus und warf sich damit auf einen eben eintretenden, ihm erwiesenermassen gänzlich unbekannten, Tischlergesellen, wobei er rief: „Gleich, Herr Doctor, nur diesen Kerl hier muss ich noch umbringen. Bitte, lassen Sie mich ihn vorher noch umbringen." Nun ergriffen die beiden mitgebrachten Pfleger den Wüthenden und drängten ihn zur Thüre hinaus, was er sich ziemlich ruhig gefallen liess; aber kaum im Hausflur angelangt, gab er jedem derselben einen so heftigen Stoss, dass sie an die Wand prallten, und lief dann schnellen Schrittes über den Hof dem Hintergebäude zu. Der Arzt, einsehend, dass der Unglückliche nur zu wahr gesprochen habe und dass man es hier allerdings nicht mit einem gewöhnlichen Rausche, sondern mit einem durch Alkohol ausgelösten furibunden Tobsuchts-Anfalle zu thun habe, sandte gleich um weitere zwei Anstalts-Diener und um zwei Mann Polizei, welche auch alsbald zur Stelle waren. Es war aber keine leichte Aufgabe, den Cz., welcher unterdessen im Hintergebäude Alles, was nicht niet- und nagelfest war, zu demoliren und zu zertrümmern versucht hatte, zu bändigen; über eine Viertelstunde lang leistete er sechs kräftigen Männern den hartnäckigsten, wildesten Widerstand und warf bald den einen, bald den anderen wie leichte Spielballen von sich, wobei er stets prahlte: „Ja, ich bin echtes Ungarblut, mit mir werdet Ihr schlechte Kerle nicht so bald fertig." — Endlich wurde er überwältigt und in die Anstalt überführt, wobei er in aufrechter Haltung und festen Schrittes, stets Lästerworte und furchtbare Drohungen ausstossend, einherging. Er wurde in eine leere Zelle gebracht und zu seiner Beobachtung ein Wärter aufgestellt, der aber schon nach dritthalb Stunden die Meldung erstattete, dass Cz., nachdem er noch lange geflucht und geschrieen hatte, beinahe plötzlich eingeschlafen sei. Am Morgen erwachte er vollkommen gesund und war höchlichst verwundert, sich in der Tobzelle eingeschlossen zu finden. Als ihm die Ursache davon mitgetheilt wurde, brach er in Thränen aus, verfluchte sein unglückliches

Geschick und erzählte, dass er jedesmal, wenn er auch nur ganz wenig Wein trinke, in ähnliche Zustände verfalle. Schon in seinem Heimatsorte habe er einigemale nach ganz geringen Quantitäten Weines ihm selbst unbegreifliche Excesse verübt; beim Militär sei er wegen eines ähnlichen Vorfalles, der noch überdies als „Trunkenheit im Dienste" qualificirt worden sei, mit mehrmonatlichem strengen und verschärften Arreste bestraft worden, und er habe seitdem grundsätzlich alle geistigen Getränke gemieden. Gestern wäre er nach Pest gegangen, um einen dort wohnenden Bekannten, dem er Geld geliehen, aufzusuchen, und da er diesen nicht zu Hause gefunden habe, sei er umgekehrt, um sich gleich wieder in die Anstalt zu begeben. Als er jedoch beim Wirthshause vorbeiging, habe er der Versuchung nicht widerstehen können, wieder einmal nach so vielen Jahren ein Glas Wein zu trinken. Er habe nicht mehr als ein einziges Seitel, und dieses vielleicht in fünf oder sechs Zügen, im Laufe einer Viertelstunde ausgetrunken. Weiter sei ihm absolut nichts erinnerlich, als dass er bald darauf ein Summen im Kopfe verspürte und es vor seinen Augen flimmerte. Von Allem, was weiter erfolgt wäre, wisse er absolut gar nichts. In anamnestischer Beziehung konnten wir nur so viel in Erfahrung bringen, dass er das einzige am Leben gebliebene von acht Geschwistern war, von denen die übrigen schon alle in frühester Jugend verstarben, und dass auch er während seiner Knabenjahre sehr kränklich gewesen sei und häufig an Kopfweh gelitten habe, welches sich aber späterhin verlor und jetzt nur mehr zeitweilig auftrete. Der Fall ist auch dadurch merkwürdig, dass kein einziges erweisliches accidentelles Moment zur Herbeiführung der Psychose begünstigend mitgewirkt hat. Weder Ermüdung, noch Hitze, noch rascher Temperaturwechsel, weder vorausgegangener Aerger, noch ein sonstiger Affect. Eine geringfügige Quantität leichten alkoholischen Getränkes war schon für sich allein genügend, um bei der bleibend vorhandenen, jedenfalls sehr starken Prädisposition des Centralorganes beinahe augenblicklich eine vehemente transitorische Psychose zu bewirken. Cz. musste aus unserer Anstalt entlassen werden; sein weiteres Schicksal ist uns leider nicht bekannt.

Dritter Fall.

Im Sommer vorigen Jahres befand sich der Verfasser dieser Schrift behufs einer ärztlichen Consultation einige Meilen von Budapest über Land bei einem begüterten Edelmanne, in dessen Hause er auch gastlich beherbergt ward. Ungefähr um die elfte Abendstunde, als er nach beendetem Souper mit dem Hausherrn im Gespräche sass, erstattete ein Diener dem Letzteren die Meldung, dass es im Stalle zu einem argen Excesse zwischen Kutscher und Hausknecht gekommen sein müsse, man höre von dort aus wildes Getöse und streitende Stimmen, könne aber nicht eintreten, da der Stall von innen verschlossen sei. Der Hausherr begab sich sogleich, vom Verfasser und mehreren Dienern begleitet, zu dem Stalle, aus dessen Innerem aber nichts Anderes als ein von Wehlauten unterbrochenes Stöhnen und zeitweise Schläge mit einem schweren Instrumente auf Holzgegenstände zu vernehmen war. Da dem wiederholten Befehl, die Stallthüre zu öffnen, keine Folge geleistet wurde, schlug man selbe gewaltsam ein. Beim Eintreten in den Stall fand man den Hausknecht blutüberströmt am Fussboden in einer Ecke zusammengekauert, den Kutscher aber blos mit einem Hemde bekleidet, mit allen Symptomen der höchsten Aufregung, mit der Mistgabel in der Hand neben den Pferden stehend, deren einem er soeben einen kräftigen Schlag auf den Kopf versetzte. Das ganze Stallgeräthe war bunt durcheinander geworfen, zum grossen Theile zertrümmert, kurz der Schauplatz trug die unverkennbaren Spuren tobsüchtigen Wüthens. Man schritt sogleich und energisch zur Bewältigung des unter grässlichen und sinnlosen Flüchen wüthend um sich schlagenden Kutschers, welches aber erst nach längerem verzweifelten Widerstande desselben gelang, und liess ihn gebunden in den Gemeinde-Arrest abführen. Nachdem Verfasser dem Hausknechte den erforderlichen ärztlichen Beistand geleistet hatte, wurde nach dessen und der übrigen Dienerschaft Angaben der Thatbestand des Vorfalles in folgender Weise sichergestellt: Der Kutscher, ein, wie sonst Viele seines Standes, dem Weingenusse mehr als zuträglich geneigtes Individuum, das sich zwar nur selten voll zu be-

rauschen pflegte, sich aber häufig in angetrunkenem Zustande befand, war an diesem Abende in stark angeheitertem Zustande nach Hause gekommen und hatte sich im Stalle, wo er gemeinschaftlich mit dem Hausknechte schlief, in das Bett des Letzteren gelegt. Gegen 10½ Uhr kam der Hausknecht in den Stall, dessen Thüre er hinter sich verriegelte, und wollte sein Lager aufsuchen. Als er darin den Kutscher liegen sah, mit dem er eben nicht im besten Einvernehmen lebte, packte er denselben beim Arme, rüttelte ihn aus dem Schlafe und forderte, dass er das Bett, als ihm nicht gehörig, verlasse. Kaum hatte er diese Worte gesprochen, als der Kutscher, gleich einem wilden Thiere brüllend, auf ihn zusprang, ihn zuerst am Halse würgte, dann sein Gesicht mit den Fäusten bearbeitete und ihn endlich mit dem Kopfe an einen scharfkantigen Pfeiler stiess, dass das Blut sein Gesicht überströmte. Hierauf liess der Kutscher von ihm ab, ergriff die in der Ecke stehende Mistgabel und begann damit Alles zu zertrümmern, was in seiner Nähe war, während der Hausknecht, um den Blicken des Wüthenden zu entgehen, sich in eine finstere Ecke verkroch. Der Vorfall dürfte ungefähr eine halbe Stunde gedauert haben, ehe es gelang, die Stallthüre zu öffnen. Da Verfasser am anderen Morgen zeitlich die Rückreise antreten musste, war er ausser Stande, persönlich genauere Erkundigungen an Ort und Stelle einzuholen; er hat nur in Erfahrung gebracht, dass der Tobsuchts-Paroxysmus des Kutschers auch im Arreste noch mehrere Stunden gedauert, dass demselben ein längerer Schlaf gefolgt sei und der Kutscher beim Erwachen betheuert habe, er wisse sich an nichts zu erinnern, indem er an jenem Abende total betrunken gewesen sei. Letzterem Umstande wird jedoch durch die übrige Dienerschaft des Hauses widersprochen, die wohl zugibt, dass der Kutscher in heiterer Stimmung und mit geröthetem Antlitz nach Hause gekommen sei, von einer völligen Trunkenheit aber nichts bemerkt haben will. Auch nach Aussage des Wirthes hatte der Kutscher nicht mehr als gewöhnlich (allerdings nicht wenig) getrunken. — Ob der eben erzählte Fall zu denen gehöre, die man als reine und unzweifelhafte Fälle durch Alkohol ausgelöster transitorischer Tobsucht bezeichnen könne,

und inwieferne hier vielleicht der Zustand einer ungewöhnlich lange protrahirten und abnorm verlaufenden Schlaftrunkenheit mitgewirkt habe, wollen wir selbst dahingestellt sein lassen und erwähnen nur noch, dass der betreffende Kutscher, wie sich später herausstellte, der Sohn eines notorischen, am Delirium tremens verstorbenen Säufers war.

Art. XXXIII.

Transitorische Tobsucht in Folge Puerperiums, sogenannte Mania a partu oder Mania puerperar. transitor.

Der Einfluss, welchen die geschlechtliche Sphäre auf die Psyche des Menschen überhaupt, insbesondere aber beim Weibe ausübt, der Zusammenhang der Vorgänge und Störungen in den Geschlechtsorganen des Weibes mit den Geisteskrankheiten desselben ist längst anerkannt.

Zwar vermochte man das Wesen dieses Abhängigkeitsverhältnisses, den eigentlichen physiologischen Nexus, bis jetzt allerdings nicht vollständig aufzuklären, aber die Thatsache steht unwidersprechlich fest, dass, wie Guislam richtig bemerkt, unter allen inneren Organen die Geschlechtsorgane auf das Gemüths- und Geistesleben des Weibes die hervorragendste Einwirkung üben, und dass alle Störungen im weiblichen Geschlechts-Apparate Ausgangspunkte cerebraler Functionsstörungen abgeben können, indem bei dem innigen Connexe zwischen der Genitalsphäre und dem Gehirn und Nervensystem das letztere durch pathologische Affectionen oder abnorme Vorgänge in der ersteren sympathisch (consensuell oder deuteropathisch) in Mitleidenschaft gezogen wird. Derlei, durch Uterinleiden oder besondere Vorgänge im Sexualleben hervorgerufene psychische Anomalien gibt es mannigfache, sowohl transitorische als chronische, von welchen wir jedoch, dem Zwecke des vorliegenden Werkes gemäss, hier nur jene, allerdings selten vorkommenden, in's Auge fassen wollen, welche in Folge des puerperalen Processes vorübergehend unter Erscheinungen furibunder Paroxysmen die

Wöchnerin plötzlich überfallen und genauestens nach dem Krankheitsbilde der transitorischen Tobsucht verlaufen, so dass sie von anderen in Folge des Geburtsactes auftretenden transitorisch-psychopathischen Zuständen (z. B. mit heftigen psychischen Alienationen auftretendem Puerperalfieber) leicht diagnostisch unterschieden werden können. Diese durch den puerperalen Vorgang ausgelösten transitorischen Tobsuchts-Paroxysmen bilden eine Untergruppe der typisch-transitorischen Tobsucht, von welcher sie sich durch nichts Anderes als ihre bestimmte Aetiologie unterscheiden. Auch ihr Entstehen erfordert eine bestimmte Gehirn-Prädisposition, denn da der Geburtsact bei der ungeheueren Mehrzahl der Frauen verläuft, ohne eine solche Psychose auszulösen, ja letztere vielmehr als ein besonderer Ausnahmsfall angesehen werden muss, kann man den puerperalen Vorgang nur als eine occasionelle Veranlassung ihres Auftretens betrachten, und muss auf eine, freilich nur in den seltensten Fällen erkennbare und nachweisliche individuelle Anlage der Wöchnerin schliessen, welche individuelle Prädisposition überdies auch keine constante und bleibende zu sein braucht, da erwiesenermassen manche Gebärende eben nur bei dem einen Gebäracte von der Psychose befallen wurde, während sie bei früheren und späteren Entbindungen davon freigeblieben ist. Der Ausbruch der transitorischen Tobsucht muss also auch hier wie überhaupt in eigenthümlichen localen oder allgemeinen organischen Verhältnissen seine Begründung haben und der Geburtsact einen für die Entstehung der Psychose bereits präparirten Boden vorfinden. Angeborne oder erworbene neuropathische Belastung scheint, wie überhaupt zur transitorischen Tobsucht, nicht wesentlich und unbedingt nothwendig, obwohl selbe, wo sie besteht, sicher nicht ohne Einfluss ist. Wie die Erfahrung lehrt, sind reizbare nervöse oder schon vor der Entbindung aus welcher Ursache immer in Ernährungs- und Kräftezustand stark herabgekommene Frauen der Psychose weit mehr als gesunde und kräftige, und zwar schon aus dem Grunde unterworfen, weil schon unter ganz normalen Verhältnissen der Gebäract eine heftige Erschütterung des gesammten Nervenlebens zur unausbleiblichen Folge hat, unter obigen Verhältnissen aber die Widerstands-

kraft gegen die Ansprüche, welche das Puerperium auf das Nerven- und Gehirnleben stellt, eine wesentlich herabgesetzte ist. Auch die durch den Geburtsact ausgelöste transitorische Tobsucht wird, wie jede andere Psychose, wohl nur in den seltensten Fällen durch ein einziges ätiologisches Moment (den Gebäract), sondern zumeist durch eine Combination verschiedener Umstände und beim Hinzutreten accidenteller zufälliger Momente entstehen. Als solche wären insbesondere zu bemerken: die verlängerte Dauer oder die grosse Heftigkeit der Geburtswehen, schwere, schmerzhafte Entbindung überhaupt, heftige, den Gebäract begleitende oder langwierige ihm vorausgegangene Gemüthserschütterungen (und zwar insbesondere bei unehelich Gebärenden, daher wir die forensische Wichtigkeit dieser transitorischen Tobsuchtsform hier besonders betonen und hauptsächlich in dem Falle der auf Verbrechen des Kindesmordes erhobenen Anklage darauf aufmerksam machen). Auch äussere Einflüsse, z. B. Hitze des Locals, vorausgegangene Erkältung, Diätfehler, Obstructionen können befördernd zum Ausbruche mitwirken. Alle diese Momente sind aber rein zufällige und das Entstehen der transitorischen Tobsucht ist keineswegs durch dieselben bedingt. Auch nach ganz leichten, natürlichen, kurz dauernden, von geringen Schmerzen oder Blutverlusten begleiteten Geburten sind schon transitorische Tobsuchtsanfälle vorgekommen. Ebenso sind Krankheiten oder Anomalien in den Sexualorganen keineswegs zum Ausbruch der Psychose erforderlich, es hat sich vielmehr unseres Wissens in keinem einzigen Falle eine krankhafte Veränderung in der Sexualsphäre constatiren lassen. Von Erheblichkeit erscheint das Lebensalter. Die Psychose tritt meistens nur bei jüngeren Frauen auf. In allen uns bekannt gewordenen Fällen hat die Wöchnerin das 35. Jahr noch nicht überschritten.

In ihrer Entstehung, Dauer, Verlauf und kritischen Lösung bietet die durch das Puerperium ausgelöste transitorische Tobsucht keinen Unterschied von der typisch-transitorischen Tobsucht dar. Sie beginnt zumeist unmittelbar beim Austritte des Fötus oder wenige Minuten später, ohne Prodrome, plötzlich mit einem intensiven Anfalle heftigster motorischer Erregung,

Umneblung des Bewusstseins, wilder, rücksichtsloser, feindseliger, bis zur Tödtung Nahestehender, ja sogar des Neugebornen selbst, gesteigerter Wuth, bei gänzlichem Verkennen der Umgebung. Eingeleitet wird der Anfall, wie bei der transitorischen Tobsucht überhaupt, durch die schon in Folge des Entbindungsprocesses selbst herbeigeführten heftigen fluxionären Gehirnhyperämien. Auch die übrigen begleitenden Körper-Erscheinungen sind dieselben wie bei der typisch-transitorischen Tobsucht. Krämpfe kommen niemals vor. Nach gewöhnlich mehrstündiger unbestimmter Dauer des Paroxysmus führt ein beinahe plötzlich sich einstellender längerer ruhiger und fester Schlaf zur völligen psychischen Restitution. In vielleicht keinem anderen Falle von transitorischer Tobsucht ist die folgende Amnesie alles dessen, was sich während des Paroxysmus ereignet hat, eine so vollständige, jede auch noch so leise oder dunkle Erinnerung ausschliessende wie bei der puerperalen transitorischen Tobsucht. Wir hatten nicht nur selbst Gelegenheit, uns hiervon zu überzeugen (siehe folgenden Artikel), sondern wir haben auch vom Docenten Dr. Julius Niedermann, Primararzt der königlichen Landes-Irrenanstalt zu Budapest, der Gelegenheit hatte, mehrere solche Fälle transitorischer Tobsucht in Folge Puerperiums zu beobachten, die Versicherung erhalten, dass ihm in keinem Falle transitorischer Bewusstseinsstörung so complete Amnesie vorgekommen sei, als eben bei diesen puerperalen transitorischen Tobsuchts-Paroxysmen. Der puerperale Process löst jedoch nicht allein transitorische Tobsuchtsanfälle, sondern zuweilen auch in Folge besonderer Gehirn-Prädisposition oder bestehender Körperleiden, und zwar namentlich bei hysterischen, blutarmen oder erst in Folge der Schwangerschaft oder durch profuse Blutungen bei der Entbindung anämisch gewordenen Frauen, und überhaupt in Fällen, wo aus irgend einer Ursache Ernährungsstörungen des Hirnes vorausgegangen sind, oder z. B. in Folge rasch nacheinander gefolgten mehreren Geburten Schwächezustände eingetreten sind, von der transitorischen Tobsucht wesentlich differirende vorübergehende Angstparoxysmen aus. Hier fehlen die den Tobsuchtsanfall einleitenden und begleitenden Gehirncongestionen und der Paroxysmus verläuft

auf die bereits früher geschilderte Weise als motorische Reaction gegen die das Bewusstsein beherrschenden grässlichen Beklemmungsgefühle, oft mit Gewaltthaten gegen das Kind oder die Wöchnerin selbst. Ebenso kann heftiger Geburtsschmerz durch die peripherische Reizung reflectorisch das Gehirn in abnormen Erregungszustand versetzen und die im Art. XXVII des Näheren bezeichneten, als neuralgische Dysthimien (Dysphrenien) bekannten transitorischen Psychosen bewirken, deren Differenzirung von transitorischen Tobsuchtsanfällen keiner Schwierigkeit unterliegen wird. Endlich können durch den Geburtsact auf Grund bestehender körperlicher Leiden auch tobsuchtsartige pathologische Effecte hervorgerufen werden, welche feindselige Acte der Mutter gegen das Kind im Gefolge haben. In dieser Beziehung verweisen wir auf das, was wir im Art. XXVIII hinsichtlich des Unterschiedes solcher krankhaften Gemüthsbewegungen von transitorischen Tobsuchts-Paroxysmen angeführt haben und auf unser Werk „Die Bewusstlosigkeitszustände als Strafausschliessungsgründe", in welch' letzterem wir diese Affecte, sowie deren nicht selten in Tödtung des neugebornen Kindes bestehenden Wirkungen einer gründlichen und ausführlichen Besprechung unterzogen haben.

Art. XXXIV.

Casuistik zum vorigen Artikel.

Um die zweite Morgenstunde eines kalten Novembertages im Jahre 1878 wurden wir in die Wohnung eines unweit unserer Heilanstalt wohnenden Krämers berufen, der und dessen Gattin Rosalia M. uns oberflächlich bekannt waren. Rosalia M. war, nach Angabe der uns zum ärztlichen Beistand abholenden Dienstmagd, eine halbe Stunde vorher, nach dreistündigen, sehr schmerzhaften Wehen unter Beistand der Hebamme eines Mädchens entbunden worden, aber gleich nach der Geburt in Raserei verfallen, aus dem Bette gesprungen, hatte um sich geschlagen, gekratzt und gebissen, der Hebamme ein Waschbecken an den Kopf geworfen und sich so excessiv benommen, dass ihr Gatte, die Hebamme und zwei zu Hilfe beigezogene Weibs-

personen kaum im Stande waren, sie zu bändigen. Eine Pflegerin und die in solchen Fällen selten entbehrlichen mechanischen Beschränkungsmittel mitnehmend, begaben wir uns in die M'sche Wohnung, woselbst wir die volle Bestätigung der Richtigkeit der von der Magd gemachten Angaben erhielten. Der ersichtlich höchst congestionirte Zustand der Rosalia M., die Glühhitze des Gesichtes, die wild rollenden Augen, der jagende Puls und die höchstgradige Erregung der motorischen Sphäre, die unausgesetzten zornigen Schmähworte und feindseligen Gesten gegen alle im Zimmer befindlichen Personen liessen über den Stand und die Beschaffenheit einer Tobsuchts-Psychose keinem Zweifel Raum. Wir hielten es für unabweislich, die Kranke, welche glücklicherweise noch keinen Schaden angerichtet hatte, deren wilder Paroxysmus aber in Zunahme begriffen schien, durch die mitgebrachten mechanischen Zwangsmittel an das Bett zu beschränken, auf welchem sie sich jedoch unruhig herumwälzte, laut schrie und sinnlose, grösstentheils aus Schimpfworten bestehende Reden führte, bis sie endlich wegen eingetretener Heiserkeit verstummte. — Während des ganzen Paroxysmus, welcher über $4^1/_2$ Stunden dauerte, verweilten wir, den Verlauf beobachtend, an ihrem Bette; kurz vor 7 Uhr Morgens trat ein Erschöpfungsstadium von ungefähr viertelstündiger Dauer und alsdann tiefer Schlaf ein. Die Pflegerin zurücklassend und mit dem gemessenen Auftrage, die Schlafende unter keiner Bedingung zu stören, sowie auch uns von dem Erwachen der Kranken sogleich in Kenntniss zu setzen, entfernten wir uns aus dem Krankenzimmer. Um 5 Uhr Nachmittags erhielten wir die Nachricht, dass Patientin erwacht sei und eilten sogleich zu derselben. Die ersten Worte, die sie bei unserem Anblick sprach, waren: „Ah! Sie sind es, Herr Doctor! Wie lange schon habe ich nicht das Vergnügen gehabt, Sie zu sehen." Sie hatte keine Ahnung davon, dass wir kurz vorher beinahe fünf Stunden lang in ihrer unmittelbaren Nähe geweilt und dass sie uns während dieser Zeit nicht nur häufig gesehen, sondern auch mehrmals — bespuckt hatte. Ihre Erinnerung reichte, obwohl dunkel, nur bis zu dem Augenblicke, als die Hebamme beim Austritte des Kindes die Worte: „Es ist ein Mädchen!" ausgerufen hatte. Von diesem

Momente an bis zum Erwachen aus dem Schlafe hatte alles Bewusstsein aufgehört. Rosalia M. war 26 Jahre alt, schwach gebaut, aber keineswegs anämisch, hatte zeitweise an Menstruations-Unregelmässigkeiten, aber niemals an schweren Krankheiten gelitten, doch scheint sie bei ihrem reizbaren, heftigen, unverträglichen, launenhaften Charakter von leichten hysterischen Anfällen nicht ganz frei gewesen zu sein. Ihre noch lebenden Eltern und mehrere Geschwister sollen sich der besten körperlichen Gesundheit erfreuen. Sie heiratete in ihrem 20. Lebensjahre, und wenn sie in der Ehe mit ihrem gutmüthigen, soliden und auch nicht unbemittelten Gatten das gehoffte Glück nicht gefunden hat, dürfte dies kaum die Schuld des Ehemannes gewesen sein. In ihrem 22. Lebensjahre gebar sie nach normaler Schwangerschaft ein Mädchen, das aber schon nach einigen Monaten, angeblich an angeborner Körperschwäche, verstarb. Der Geburtsact und das Wochenbett waren ganz normal verlaufen. Im Frühjahre 1878 fühlte sie sich abermals schwanger; auch diesmal war die Schwangerschaft durch nichts Abnormes ausgezeichnet, die Entbindung aber weit schwieriger und schmerzhafter, als es das erstemal der Fall gewesen war, obwohl es nicht nöthig befunden wurde, zur Kunsthilfe Zuflucht zu nehmen. Der Blutverlust dabei war ein relativ mässiger gewesen. Das neugeborne Kind war gross und gesund (verstarb aber nach einigen Monaten an der Dyphtheritis). Rosalia M., die wir später noch einigemale besuchten (bei der aber keine Local-Inspection vorgenommen werden konnte), hatte durch den transitorischen Tobsuchtsanfall nichts an ihrer geistigen Integrität eingebüsst, auch von den physischen Folgen der Entbindung erholte sie sich auffallend schnell und befindet sich seitdem in ununterbrochenem Wohlsein. Eine neuerliche Niederkunft ist nicht in Aussicht gestellt.

Art. XXXV.

Therapie.

Ueber das bei transitorischer Tobsucht einzuschlagende therapeutische Verfahren, das unter allen Umständen nur ein symptomatisches wird sein können, glauben wir uns kurz fassen

zu dürfen. Obwohl nach dem Grundsatze „Remota causa tollitur effectus" der Theorie nach, den Hirnreiz, die motorische Erregung und die fluxionäre Gehirnhyperämie herabsetzende, die kritische Lösung durch Herbeiführung des Schlafes befördernde Mittel indicirt wären, wird doch von einer dergestaltigen medicamentösen Behandlung des transitorisch Tobsüchtigen aus dem Grunde schwerlich jemals die Rede sein können, weil es während der Dauer des Paroxysmus geradezu unmöglich ist, ihm irgend ein Medicament beizubringen, im Stadium decrementi aber die Naturheilung bereits eintritt, sonach Arzneimittel unnöthig sind oder sogar schädlich wirken werden. Man thut am besten, der vis medicatrix naturæ zu vertrauen, den Kranken austoben zu lassen, ihn aber zu isoliren, alle ursächlichen und verschlimmernden Momente und äusseren Reize oder Belästigungen von ihm abzuhalten — ihn insbesondere vor grellem Licht oder Farben und starkem Geräusche zu bewahren — ihm etwa beengende Wäsche und Kleidungsstücke abzunehmen — ihn in horizontale Lage zu versetzen und — was selbstverständlich die Hauptsache ist — ihn unschädlich zu machen. Ohne jedwede mechanische Beschränkung wird letzteres wohl höchst selten, eigentlich gar nicht möglich sein, zumal derartige Kranke nicht in Irrenanstalten, wo wohl eingerichtete Tobzellen solche Beschränkungsmittel entbehrlich machen, sondern in Privathäusern oder öffentlichen Spitälern (wenn nicht gar in Polizeigewahrsam) zur ärztlichen Behandlung gelangen. Wir, die wir im Streite zwischen den Anhängern des Restraint- und Non restraint-Systems der Ansicht sind, dass hier, wie überall, die Wahrheit in der Mitte liegen dürfte, und mit Leidesdorf und Krafft-Ebing erachten, dass die Anordnung solcher Zwangsmittel als Disciplinarstrafen zwar verwerflich, zu therapeutischen Zwecken aber, wenn nichts Anderes zum Ziele führen kann, gerechtfertigt sei, sahen in jedem uns vorgekommenen Falle transitorischer Tobsucht uns genöthigt, um der Sicherheit des Kranken selbst und seiner Umgebung willen, von der Schutzjacke Gebrauch zu machen, und sind vollkommen überzeugt, dass auch der fanatischeste Anhänger des Non restraints an unserer Stelle keinen anderen Weg ein-

geschlagen hätte. An auf diese Art beschränkten Patienten haben wir Fomente von kaltem Wasser und Eis, kalte Begiessungen, Wadenbinden (dreifach und lang angesetzte) subcutane Morphium-Einspritzungen und was sonst in solchen Fällen ähnlicher Art üblich, versucht — aber, wie wir aufrichtig gestehen, mit nur sehr bescheidenen Erfolgen. Die transitorische Tobsucht will eben ihren Verlauf haben und lässt sich durch kein wie immer geartetes Mittel coupiren. — Keinesfalls lässt sich hier generalisiren, der Arzt wird sich stets nach der individuellen Beschaffenheit des Patienten zu richten haben. Dass von einer moralischen Einwirkung auf den Kranken durch Zureden, Beschwichtigung u. dgl. keine Rede sein könne, bedarf keines Beweises.

Art. XXXVI.

Existenzberechtigung der transitorischen Tobsucht als Psychose sui generis.

Dass die Mania transitoria, unter welchem Collectivnamen man, wie mehrerwähnt, beinahe alle möglichen, selbst die einander direct entgegengesetzten, mit Aufregungszuständen verbundenen transitorischen Seelenstörungen inbegriff, weit zahlreichere Gegner als Anhänger fand, dürfte Niemanden Wunder nehmen. Man war umsomehr berechtigt, ihre Existenz in Abrede zu stellen, als nicht nur die Bezeichnung eine wissenschaftlich völlig unrichtige war, sondern sich auch in der beiweitem grösseren Mehrzahl der als „Mania transitoria" beschriebenen Fälle ohne viele Schwierigkeit nachweisen liess, dass, selbst den Bestand einer Mania transitoria zugegeben, die Diagnose eine unrichtige war, indem einfache Angst-Paroxysmen, epileptische Anfälle, krankhafte Affecte u. dgl. symptomatisch verwandte, aber im Grundwesen gänzlich differente psychische Alienationen vorgelegen hatten. Diese berechtigten Zweifel an der Existenz der Mania transitoria hatten aber auch zur Folge, dass man selbst in jenen unleugbaren Fällen, in denen die vorübergehende Psychose mit allen Kri-

terien der typisch-transitorischen Tobsucht, wie wir solche aufstellen, in Erscheinung getreten war, den Bestand einer solchen transitorischen Tobsucht als eigenthümliche, specifische Krankheitsform sui generis bestritt und in selber nichts Anderes als eben einen gewöhnlichen Tobsuchts-Paroxysmus von nur ausgezeichnet kurzer Dauer erblicken wollte. So gibt Casper-Liman „(Handbuch der gerichtlichen Medicin") ohneweiters die Thatsache zu, dass sich in einzelnen Fällen die Psychose mit einem vereinzelten Tobsuchtsanfalle von kurzer Dauer erschöpfe, mit dessen Ende auch die geistige Störung aufhöre, um oftmals im ganzen Leben nicht wiederzukehren, erklärte es jedoch für einen Verstoss gegen die allgemeinen Regeln der Pathologie, die Wahnsinns- (beziehungsweise Tobsuchts-) Ausbrüche, die nur äusserlich übereinstimmende Krankheitsbilder darstellen und lediglich Symptome eines verschiedenen Zustandes sind, für eine eigene Species von Manie (d. h. wohl Tobsucht) zu erklären, umsomehr als man die blosse Zeitdauer einer Krankheit, durch welche allein sich doch nur die vorübergehende Tobsucht von jeder anderen Krankheit unterscheidet, unmöglich für ein specifisches Charakteristicum, einer Species von ähnlichen anderen ansehen kann. Ebenso erklärt Pelman („Psych. Zeitschrift" 1864) den Begriff der „Mania transitoria" für unhaltbar, da bei der individuellen Beurtheilung jedes Falles sich ganz verschiedene Grundzustände zeigen, als deren Symptome diese plötzlichen Wahnsinns-Ausbrüche zu betrachten sind.

Wenn man unter den etwas vagen Bezeichnungen „Zustand" oder „Grundleiden", dessen Symptome die transitorischen Tobsuchtsanfälle lediglich sein sollen, nicht etwa auch Neigung zu fluxionären Gehirnhyperämien inbegriff, so ist es uns in keinem einzigen der von uns selbst beobachteten oder von vollkommen vertrauenswerthen, fachkundigen Collegen mitgetheilten Fälle gelungen, auch nur eine Spur eines solchen Grundleidens (worunter doch in erster Linie wohl Neurosen wie Epilepsie, Hysterie, u. dgl. zu verstehen sein werden) zu entdecken, als dessen Symptome die transitorischen Tobsuchtsanfälle anzusehen wären. Die Psychose war in allen Fällen eine primäre, nie Theilerscheinung einer

bestehenden *Neurose oder Psychose*, auch tragen in letzterem Falle die begleitenden Tobsuchts-Paroxysmen einen von jenen der typisch-transitorischen Tobsuchtsanfälle wesentlich verschiedenen Charakter. Wohl ist eine besondere Prädisposition des Centralorganes erforderlich, damit durch Hinzutritt eines occasionellen Momentes die transitorische Tobsuchts-Psychose ausgelöst werden könne, aber eine solche in den allermeisten Fällen latente, in keiner Weise ersichtliche Prädisposition kann doch nicht als palpables Grundleiden im Sinne Pelman's oder Casper-Liman's aufgefasst werden. Gegen die Nothwendigkeit des Bestandes eines solchen Grundleidens spricht auch schon der Umstand, dass die transitorische Tobsucht meist nur durch *vorübergehende äusserliche Schädlichkeiten herbeigeführt* wird und mit Aufhören der schädlichen Einwirkung (Alkohol, Kohlenoxydgas etc.) auch wieder schwindet, daher sie ebensowenig, wie z. B. eine Berauschung, eine im Körper stabile immanente, nur zeitweilig in äussere Erscheinung tretende Psychose sein kann.

Es ist ferner absolut unrichtig, dass sich — wie Casper-*Liman* meint — die transitorische Tobsucht von allen Arten der Tobsucht durch die kurze Dauer *allein* unterscheide. Abgesehen davon, dass die gemeine Tobsucht, wie wir in unserer Praxis oft genug zu beobachten Gelegenheit hatten, selbst im Falle raschesten und acutesten Verlaufes in der Regel *eine weit längere* Zeitdauer in Anspruch nimmt, als die transitorische Tobsucht, *auch wenn letztere ungewöhnlich protrahirt ist*, und auch abgesehen davon, *dass gerade die acuten, rasch verlaufenden Anfälle gemeiner Tobsucht nicht selten perniciös sind*, unterscheidet sich die transitorische von der gemeinen Tobsucht keineswegs lediglich und allein durch diese kurze Zeitdauer, sondern auch durch mehrere andere sehr wesentliche, von uns im Art. XXII dargestellte Merkmale, von welchen wir hier insbesondere nur die *kritische Lösung durch den Schlaf* und die nachfolgende vollständige *Amnesie hervorheben wollen*.

Wenn Casper-*Liman* weiters behauptet, dass der Irrsinn ein stets aus der Verkettung gewisser Erscheinungen, die sich gegenseitig bedingen, bestehender Process sei, so ist

er in vollem Rechte; wir haben mehr als einmal erwähnt, dass die transitorische Tobsucht, wie jede andere Psychose, selten oder nie aus einer einzigen Ursache allein, sondern aus einer Combination mehrfacher Schädlichkeiten hervorgehe, — unrichtig aber ist die aus dem obigen Satze gezogene Folgerung, dass im Irrsinne nichts Plötzliches und Transitorisches in der wahren Bedeutung des Wortes sein könne und nur die Handlung, die im Verlaufe der Krankheit entstehe und ihr accentuirtes Phänomen sei, das eigentliche Transitorische bilde. Tausendfältige Erfahrung widerspricht dieser Ansicht; auf allerdings oft schon lange vorbereitetem Boden brechen nicht selten beinahe plötzlich wirkliche Psychosen, wie z. B. Del. acut. maniac., Anfälle gemeiner acuter Tobsucht u. a. hervor, die mit solcher Rapidität verlaufen, dass sie beinahe auch als transitorische bezeichnet werden können. Die Krankheits-Prädisposition mag und wird wohl in den meisten Fällen eine constante sein, nichtsdestoweniger ist oft der Ausbruch der Krankheit selbst ein plötzlicher und ihr Charakter ein quasi transitorischer. Auf die fernere Behauptung Casper-Liman's: „Es ist festzuhalten, dass es solche ganz vorübergehende (Tobsuchts-) Anfälle wirklich gibt, es gibt aber keine eigene Species von Tobsucht, keine sogenannte „Mania transitoria". Diese unwissenschaftliche und gefährliche Bezeichnung darf in der Praxis nicht gebraucht werden und die pathogenetische Entwicklung und die Beleuchtung jedes individuellen Falles nach den allgemeinen diagnostischen Kriterien macht sie auch vollständig überflüssig" — müssen wir dem gegenüber mit Entschiedenheit betonen, dass man bei der pathogenetischen Entwicklung und der Beleuchtung eines concreten Falles transitorischer Tobsucht mit den allgemeinen diagnostischen Kriterien der gewöhnlichen Tobsucht in keinem Falle das Auslangen finden wird. — Wir beziehen uns hier, um nicht bereits Gesagtes wiederholen zu müssen, auf das, was wir schon in den früheren Artikeln sagten, und behalten uns nur vor, auf die angebliche Gefährlichkeit dieser eigenen Tobsuchts-Species, beziehungsweise ihrer Bezeichnung im nächstfolgenden Artikel zurückzukommen. Wer die unleugbare That-

sache, dass solche vereinzelte Tobsuchtsanfälle, die man früher entweder unrichtig diagnosticirt oder zu deren Erklärung man Hypothesen aufgestellt hat, die weit unbegreiflicher sind, als die Krankheit selbst, sich ereignen, unbefangen und vorurtheilslos mit den von der Wissenschaft zu Gebote gestellten Hilfsmitteln prüft, wird sich unschwer überzeugen, dass dieselbe keine andere als die von uns gegebene Erklärung zulasse und dass diese Paroxysmen weder eine Theil-Erscheinung einer bestehenden Neurose oder Psychose bilden, noch auch als Fälle gemeiner acuter Tobsucht aufgefasst werden können, und dass sie vielmehr ein von allen anderen phänomenologisch verwandten Erscheinungen scharf gesondertes, einheitlich abgeschlossenes, klinisch genau abgegrenztes, somatisch und psychisch genau charakterisirtes typisches Krankheitsbild mit eigener Aetiologie, Symptomatik, Verlauf, Lösung, Prognose und Therapie darbieten, daher als eine eigenartige psychische Erkrankungs-Species, eine specifische Tobsuchtsart betrachtet werden müssen, welchen wie jeder anderen Psychose als einer Nerven- und Gehirnkrankheit sui generis in der Systematik der Geisteskrankheiten eine besondere Stelle gebührt. Dass sie sich vielleicht in keines der bisher aufgestellten unzähligen, sich stets erneuernden Systeme, deren keines jedoch allgemein anerkannt ist oder auch nur der Kritik und der Erfahrung gegenüber Stand zu halten vermag, wohl einreihen lasse, thut hier ebensowenig zur Sache, als dass sich ihr Entstehungsgrund in vielen Fällen nicht nachweisen lässt. Leidesdorf, der in seinem „Handbuche der Psychiatrie" diesen transitorischen Tobsuchts-Erscheinungen eine weit objectivere und eingehendere Besprechung zu Theil werden lässt, als die meisten übrigen Compendien über Psychopathologie und gerichtliche Medicin, sagt in letzterer Beziehung ganz treffend: „Wir geben gerne zu, dass es Fälle geben mag, die vom ärztlichen Standpunkte nicht zu entscheiden sind. Es wird dies einleuchten, wenn man bedenkt, dass in der Regel der fragliche Zustand bereits vorübergegangen ist, als solcher der ärztlichen Beobachtung nicht zugänglich war, dass oft somatische

Störungen, insoferne sie das Gehirn betreffen, durch kein diagnostisches Hilfsmittel mit irgend welcher Sicherheit nachgewiesen werden können oder bereits factisch schon ganz geschwunden sind. Man ist sodann nur auf die vorangegangenen Ursachen und auf die psychischen Erscheinungen angewiesen. Die Ursachen können aber oft nicht zu ermitteln sein, z. B. wenn eine idiopathische, vorübergehende, nicht diagnosticirbare krankhafte Gehirnveränderung den Tobsuchtsanfall erzeugt hat, ja selbst die nachweisbaren Ursachen sind häufig zweifelhaft in Bezug auf ihre Wirksamkeit." Wir theilen ganz und gar diese Ansicht und wagen sogar die Behauptung, dass Aetiologie, Wesen und Natur der transitorischen Tobsucht um nicht Vieles oder vielleicht sogar um nichts unklarer seien als die der meisten, um nicht zu sagen aller Psychosen. In manchen Fällen mag sie ein Vorbote später ausgebrochener, länger andauernder Geisteskrankheit gewesen sein; jedenfalls deutet sie aber auf eine abnorme, wenn auch nicht eben krankhafte Organisation des Central-Nervensystems und kann als eine Mahnung der Natur gelten, sich gewissen Schädlichkeiten, z. B. dem Alkohol, nicht auszusetzen.

Art. XXXVII.

Forensische Wichtigkeit der transitorischen Tobsuchts-Anfälle.

Die transitorische Tobsucht ist nicht nur wegen des vielfachen klinisch Interessanten, das sie darbietet, für den Arzt von Bedeutung, sie kann unter Umständen auch für den Richter von Wichtigkeit werden und in forensischer Beziehung hohe praktische Bedeutung gewinnen. In welcher Weise sich nämlich die sie charakterisirende heftige motorische Erregung und der Wuthaffect nach aussen projicire, hängt hauptsächlich von zufälligen äusseren Umständen und Verhältnissen und der augenblicklichen Umgebung des Kranken ab. Da aber der Antrieb zu Gewaltthätigkeit, Zerstörung und Schmähungen schon in der Natur der Krankheit begründet ist, ereignen sich, wenn

die zufälligen äusseren Verhältnisse es begünstigen, nicht selten Fälle, dass die Kranken während des Paroxysmus Handlungen begehen, die in objectiver Beziehung sich als flagrante Verletzungen des Strafgesetzes (Todtschlag, Verwundung, Brandlegung, Wiedersetzlichkeit gegen öffentliche Organe, Sachbeschädigung, gefährliche Drohung, Gotteslästerung, Majestätsbeleidigung u. dgl.) darstellen; es liegt dabei die Gefahr sehr nahe, dass solche Kranke, insbesondere wenn die That ohne Zeugen geschah, sich ein etwaiges Motiv dafür auffinden lässt, und das Vorleben des Thäters derart war, dass man sich (nach juridischer Sprachweise) der That von ihm wohl versehen konnte, nachher mit Polizei und Justiz in schwere Conflicte gerathen. Es kann sich also leicht ereignen, dass in solchen Fällen Personen, weil man weder früher noch später eine Spur von Geisteskrankheit an ihnen wahrgenommen hat, die That ihrem Charakter entspricht und sie sich zu rechtfertigen ausser Stande sind, unschuldigerweise als dolose Uebelthäter, und zwar, da es sich meist um schwere Verbrechen handelt, auch schwer an Ehre, Freiheit und Vermögen, wo nicht gar am Leben gestraft werden.

Die transitorische Tobsucht ist daher von wesentlicher Bedeutung für die Rechtspflege und gebührt ihr, besonders ihren durch Alkohol oder den Geburtsact ausgelösten Arten (siehe Art. XXX bis XXXIII) eine hervorragende Stelle in der gerichtlichen Psychopathologie. Sie ist nach §. 51 Deutsch. R. St. G., §. 2 lit. c des bestehenden österreichischen St. G., §. 56 des österreichischen Strafgesetz-Entwurfes und §. 76 des ungarischen St. G. ein Zustand von Bewusstlosigkeit, welcher die freie Willensbestimmung ausschliesst und den Thäter für die während der Dauer dieses Zustandes begangenen (objectiv) strafbaren Handlungen aller Verantwortlichkeit vor dem Strafrichter entbindet. Durch krankhafte Vorgänge im Central-Organe ist der gesetzmässige psychische Mechanismus, wie er beim Gesunden vorkommt, gestört. Falsche Apperception, Sinnes-Delirien, objectiv unrichtige Vorstellungen erfüllen in stürmischer Abwechslung das Bewusstsein; schon diese wilde Vorstellungsflucht macht alles Denken und Ueberlegen, das Auftauchen und Festhalten der gegen die auftretenden krank-

haften Impulse contrastirenden Vorstellungen, das Abwägen der Motive pro und contra, die Einsicht in die Strafbarkeit und Folgen der Handlungen unmöglich; es gebricht an der kurzen zum Processe des Denkens nöthigen Zeit, der Verstand kommt gar nicht zur Sprache, kurz es fehlt an aller Besonnenheit, an jeder Möglichkeit sich mit freier Wahl für oder gegen die Ausführung der That zu entscheiden. Die Handlung ist nicht von bewussten Vorstellungen begleitet, sondern erfolgt beinahe unbewusst aus zwingenden, nicht zu beseitigenden organischen Motiven, der krankhaften motorischen Erregung und dem sie begleitenden pathologischen Wuthaffecte, sie wird nicht durch den Willen, sondern durch die Krankheit herbeigeführt, denn der Wille setzt ein Gedachtes, Bewusstes, Begehrtes voraus, eine Freiheit der Wahl; hier war aber keine Möglichkeit, die That zu unterlassen, der Thäter musste so handeln, wie er gehandelt hat, die That war nichts Anderes als ein halb oder ganz unbewusster Bewegungsvorgang oder, wie Professor Meynert sie charakterisirt: „eine jener traumhaften Bewegungs-Aeusserungen des Irrsinns, krankhafter Zerrbilder menschlichen Handelns, die man unter der Bezeichnung triebartig, impulsiv untergebracht hat", sie geschah in einem Zustande, während welchem die Willensfreiheit durch pathologische Zustände ausgeschlossen war.

Wenn auch in einzelnen Fällen die Intelligenz weniger gestört und das Bewusstsein minder getrübt erscheint, der Kranke die Personen seiner Umgebung erkennt, seine Reden nicht eben unzusammenhängend und unsinnig sind, seine Bewegungen überdachter, die Wahl seiner Mittel eine planmässigere und sein Wille freier zu sein scheint, so ist dies einfach dadurch zu erklären, dass gewisse gewohnte Gedankenreihen mechanisch ablaufen, und dass auch gewohnte leichtere Handlungen quasi mechanisch vollzogen werden können. Wenn aber auch unter solchen Verhältnissen die Handlung anscheinend das Gepräge des Gewollten und Beabsichtigten trägt, so war sie doch nicht durch Vernunftgründe bestimmt und aus freier Selbstbestim-

mung, sondern aus unabwendbarem organischen Zwange hervorgegangen, der Thäter war nicht Herr seines Willens und konnte die Handlung nicht unterlassen, wenn er auch bei Verübung derselben eine Art Halbbewusstsein, dessen was er thue, besass, wie solches ja auch bei in Zuständen anderer Psychosen verübten Handlungen vorkommt. Die That war stets nur eine unwillkürliche, ihr Ausgangspunkt ist nicht in der klar erkannten Absicht des Thäters, sondern in einem unbezwinglichen Triebe zu sinnlosen Bewegungen, einem unbezähmbaren pathologischen Wuthaffecte und einem unter allen Umständen erheblich getrübten Bewusstseins-Inhalte zu suchen. Der Thäter ist momentan geisteskrank, sinn- und formlose Naturkräfte, die er zu beherrschen nicht vermag, treiben ihr Spiel mit ihm, er hat kein frei gewolltes strafbares Unrecht begangen, musste vielmehr unter dem Einflusse eines körperlichen Leidens gerade so handeln wie er gehandelt hat; seine Willensunfreiheit war pathologisch bedingt, er war wohl actions- aber nicht besinnungsfähig; es fehlen bei ihm alle Voraussetzungen der Strafbarkeit für die incriminirte That, die er weder bedacht noch beschlossen hat (wie solches nach §. 1, österreichisches St. G. B. erstes Erforderniss des Dolus ist). Das Gesetz spricht daher ihn, der in einem Zustande erheblichster Bewusstseins-Störung (Sinnenverwirrung) unfrei gehandelt hat, von aller Schuld und Strafe los.

Art. XXXVIII.

Gerichtliche Constatirung der transitorischen Tobsucht. Aufgabe des Arztes hiebei.

Nach dem im Eingange des vorigen Artikels Gesagten kann also in manchen Fällen an das Gericht die Aufgabe herantreten, zu entscheiden, ob eine sich objectiv als Verbrechen darstellende That ihre Entstehung dem bösen Vorsatze des zurechnungsfähigen Thäters verdanke oder ob Letzterer dieselbe während eines transitorischen Tobsuchts-Paroxysmus,

daher in bewusstseinsgestörtem, nicht zurechnungsfähigem Zustande verübt habe.

Obwohl es nicht unmöglich ist, dass Jemand absichtlich einen transitorischen Tobsuchtsanfall selbst vor Zeugen vorspiegle, um ein während desselben begangenes vorher prämeditirtes Verbrechen zu bemänteln, wird sich doch ein solcher Fall nur sehr selten ereignen. Weit häufiger aber kommt es vor, dass ein schlauer Verbrecher — besonders jener, dessen That ohne Zeugen blieb — nachträglich sich auf einen solchen Bewusstlosigkeitszustand, auf plötzlich eingetretene Sinnlosigkeit ausredet, die Möglichkeit der That zwar zugibt, sich aber an dieselbe durchaus nicht erinnern will und somit indirect einen stattgehabten transitorischen Tobsuchts-Anfall zu seiner Entschuldigung anführt, um der auf seine That gesetzten Strafe zu entgehen. Dass in einem solchen Falle die Entscheidung, ob „Verbrechen oder Wahnsinn" vorgelegen sei, zuweilen, ja zumeist, äusserst schwierig sein wird, ist einleuchtend. Ist es überhaupt schon schwer, den Sinnen nicht wahrnehmbare subjective Bewusstseinszustände nur aus Aeusserlichkeiten richtig zu erschliessen, so ist die Aufgabe im vorliegenden Falle um so schwieriger, als diese Bewusstseinszustände von so überaus kurzer Dauer, wenn sie der gerichtlichen Beurtheilung unterzogen werden sollen, schon längst, ohne die geringste Spur zu hinterlassen, verschwunden sind und, namentlich wenn keine Zeugen der That vorhanden waren, lediglich aus dem persönlichen Verhalten des Thäters vor und nach der That, der Beschaffenheit der That selbst und der Art der angeblich vorhanden gewesenen Krankheits-Symptome, so weit sie sich eruiren lassen, mit grösserer oder geringerer Wahrscheinlichkeit eine Folgerung gezogen werden kann.

I. Was nun die Persönlichkeit des Thäters anbelangt, so ist vor Allem daran festzuhalten, dass schlechter Leumund in keinem Falle ein genügender Grund sei, die Annahme eines transitorischen Tobsuchtsanfalles unbedingt auszuschliessen und die That ohneweiters als eine dolose, für ein Verbrechen zu erklären. Der abgefeimteste Spitzbube kann ebensogut einen Anfall von transitorischer Tobsucht erleiden, als der tugendhafteste und edelst denkende Staatsbürger. Der

Umstand also, dass man sich nach dem Vorleben des Angeklagten „von ihm der That wohl versehen könne", wird nur sehr nebenbei in Betracht gezogen werden dürfen und kann nur als ein die übrigen stärkeren Verdachtsgründe bestätigendes Nebenmoment betrachtet werden. Wichtiger dagegen wird es sein, zu erforschen, ob den Thäter bei seiner Handlung ein Motiv, ein wenn auch strafbarer, so doch vernünftiger Beweggrund geleitet haben könne, ob er also als Folge seiner Handlung einen Vortheil oder doch die Abwendung eines Nachtheiles oder die Befriedigung einer Leidenschaft erzielte oder zu erzielen hoffen konnte. — Dass man sich bei Beurtheilung dieses Motives auf den speciellen Standpunkt des Thäters selbst stellen müsse, ist selbstverständlich. Was für den Einen kein genügender Beweggrund zum Verbrechen wäre, kann es für einen Anderen allerdings sein. Sind doch schon Mordthaten vorgekommen, um sich in den Besitz von etlichen Groschen zu setzen oder sich für ganz geringfügige Beleidigungen zu rächen. Eine solche Causa facinoris wird, wenn sie überhaupt vorhanden ist, sich in den meisten Fällen ohne besondere Schwierigkeit auffinden lassen. Ist aber ein vernünftiger Beweggrund absolut undenkbar und unauffindbar, wenn z. B. ein sonst ganz friedliebender, ruhiger und gesitteter Mensch plötzlich zu wüthen beginnt, seine von ihm sonst zärtlich geliebten Angehörigen misshandelt, Gott, König und die Regierung lästert, den ersten besten ihm Begegnenden ihm ganz Unbekannten mörderisch anfällt, fremdes Eigenthum ohne Veranlassung schwer beschädigt u. dgl., so ergibt sich allerdings die Vermuthung, dass der Thäter in nicht zurechnungsfähigem Zustande gehandelt habe, weil nicht angenommen werden kann, dass ein vernünftiger Mensch ohne allen Grund eine That begehen werde, von welcher er wohl voraus weiss, dass sie ihm im Entdeckungsfalle schwere Verantwortlichkeit aufbürden werde, und weil jede Handlung eines Menschen die Erreichung eines bestimmten Zweckes vor Augen hat. Aber das Vorhandensein einer Triebfeder, welche allenfalls zur absichtlichen dolosen Verübung der That veranlassen könnte, genügt für sich allein noch keineswegs, um die Möglichkeit

eines transitorischen Tobsuchts-Paroxysmus auszuschliessen. Es könnte ja beispielsweise der Fall eintreten, dass Jemand in einem solchen Anfalle, der ja nach der Natur der Sache sich zunächst gegen die unmittelbare Umgebung feindlich entladet, seinen Verwandten, von welchem er ein bedeutendes Vermögen zu erben hoffen kann, unvorsätzlich tödtet. Das vorhandene Motiv kann also nur ein einzelnes Glied in der Kette der sämmtlichen Indicien bilden. Von ganz besonderer Bedeutung für den Belastungsbeweis ist es jedoch, wenn dem Thäter die vorausgegangene Prämeditation der Handlung, die Auswahl und Vorbereitung der zur Vollführung der That benöthigten zweckmässigen Mittel, die Erspähung und Benützung die That begünstigender Momente nachgewiesen werden können. Im Zustande transitorischer Tobsucht verübte Thaten tragen einen jede Prämeditation ausschliessenden Charakter an sich. Der transitorisch Tobsüchtige wird und kann niemals eine Handlung unternehmen, zu deren Ausführung längere kaltblütige, besonnene Vorbereitung, Combination, List und Schlauheit, kluge Herbeischaffung benöthigter Mittel, Auswahl günstiger Gelegenheit nothwendig ist. Niemals deutet seine Handlung auf Vorsicht und Planmässigkeit oder gar Raffinement. Sie tritt plötzlich und abrupt ein, wird ohne alle Rücksicht auf Zeit, Ort und Zeugen zuweilen auf öffentlicher Strasse coram publico mit den eben zur Hand befindlichen, oft sehr primitiven Mitteln plan- und sinnlos über jedes denkbare vernünftige Ziel hinaus, oft unter den allerungünstigsten Umständen, so dass die Entdeckung sogleich geschehen muss, mit völliger Gleichgiltigkeit gegen alle Folgen der That ausgeführt. Alles liegen und stehen lassend wie es eben liegt und steht, schläft der Thäter nicht selten am Schauplatze seiner That neben dem Leichname des durch ihn Getödteten ein, als ob ihn die Sache nichts anginge, leugnet später mit voller Gemüthsruhe seine That, weil er eben nichts von ihr weiss, sucht aus demselben Grunde auch nicht ihre Spuren zu beseitigen, die That zu verheimlichen oder ihren Folgen durch die Flucht sich zu entziehen. Allerdings sind Fälle vorgekommen, dass einzelne solcher Kranken, wenn

sie zum selbstbewussten Zustande zurückgekehrt und zur Ueberzeugung gelangt waren, dass doch nur sie selbst die Urheber des angerichteten Unheils gewesen sein können, um allen Unannehmlichkeiten zu entgehen, das Corpus delicti beseitigt und die Verheimlichung der That angestrebt haben, auch wohl zu ihrer Vertheidigung ungeschickterweise im Leugnen zu weit gegangen sind und die Kenntniss von Umständen in Abrede gestellt haben, die sie doch offenbar wissen mussten. Letzteres kommt aber nicht nur bei strafbarer Handlungen Angeschultigten häufig vor, auch Geisteskranke leugnen gewöhnlich die im bewusstseinsgestörten Zustande verübten Thaten (z. B. die an Dementia paralytica Leidenden).

Der Umstand also, dass der Thäter seine That zu verheimlichen trachtete, reicht für sich allein noch nicht aus, um die Annahme der transitorischen Tobsucht zurückzuweisen. Ebensowenig schliesst, wie schon erwähnt, ein gravirtes Vorleben die Möglichkeit eines transitorischen Tobsuchtsanfalles aus. Wenn jedoch dieses Vorleben ein durchaus unbescholtenes und unbemakeltes war, die That dem bisherigen Benehmen und Charakter des Thäters, seiner Erziehung und Bildung, seinen Gewohnheiten, Neigungen und Sinnesart widerspricht, von ihm in geistesgesundem Zustande durchaus nicht erwartet werden kann, somit in seinem Leben gänzlich isolirt dasteht; wenn er durch die That nebst dem Anderen zugefügten Nachtheil auch sich selbst schweren Schaden bereitet hat, so muss wohl, falls auch die übrigen Voraussetzungen eintreffen, angenommen werden, dass der Thäter nur durch einen Anfall transitorischer Psychose zu einem seinem ganzen bisherigen Lebenswandel widersprechenden und unmotivirten Gewaltacte fortgerissen worden sei, da sich ja sonst für die That durchaus keine Erklärung auffinden liesse.

II. Auch das Corpus delicti, die Beschaffenheit der That selbst und die Modalitäten ihrer Verübung bieten einen höchst wichtigen, oft den einzigen vorhandenen Anhaltspunkt für die Beantwortung der Frage: ob eine Psychose oder Verbrechen vorgelegen sei. Die im Zustande transitorischer Tobsucht begangenen Thaten zeigen nicht nur von den im

geistesgesunden Zustande, sondern auch von jenen bei Bestand anderer Psychosen verübten einen gänzlich verschiedenen Charakter.

Wie es die Natur der transitorischen Tobsucht mit sich bringt, äussert sich die Psychose beinahe ausschliesslich durch Gewaltacte, die rücksichtslos und planlos, geräuschvoll, sinn- und zwecklos, ohne alle Wahl des Objectes ausgeführt werden. Die That ist eben die Folge eines ungezügelten Bewegungsdranges, blinden, unbewussten Triebes und spontanen krankhaften Wuthaffectes, und ihr Mechanismus, der Modus procedendi entspricht diesen pathologischen Zuständen. Dagegen hat die Erfahrung auch nicht einen einzigen Fall aufzuweisen, dass im Zustande der transitorischen Tobsucht der Kranke eine eigennützige oder unzüchtige Handlung begangen hätte. Räuber, Diebe, Defraudanten, Nothzüchter, Blutschänder u. dgl. werden sich daher vergeblich auf einen transitorischen Tobsuchtsanfall bei Begehung der That berufen. Die Handlungen des transitorisch Tobsüchtigen bestehen nur in brutalem, zwecklosen Zerstören eigenen und fremden Gutes, Angriffen gegen die persönliche Körpersicherheit Anderer, Schmähungen, furibunden Verwünschungen und gefährlichen Drohungen; er überschreitet aber in dieser Beziehung alles gewöhnliche, denkbare, vernünftige Mass in einer Weise, wie man es von einem geistig Gesunden selbst im Zustande des höchsten Wuthaffectes niemals gewärtigen kann, so dass die That selbst schon in ihrer Widersinnigkeit, Zwecklosigkeit und Ungeheuerlichkeit den Beweis liefert, dass Denken und Fühlen des Thäters kein normales gewesen sein könne und dass eine schwere Geistesstörung vorgelegen haben müsse, indem sich die That sonst gar nicht erklären liesse. Dem transitorisch Tobsüchtigen war es eben nicht um eine That, um einen bestimmten Erfolg zu thun, sondern nur um die Entäusserung des krankhaften motorischen Dranges und Wuthaffectes. Das Toben ist ihm Selbstzweck, er zerstört und verwüstet so lange, als die Krankheit ihren Verlauf hat und bis die kritische Lösung derselben eintritt. War jedoch die That von einem Geistesgesunden, der sich späterhin auf einen transitorischen Tobsuchtsanfall

ausreden will, bewusst und vorsätzlich begangen, so wird der Thäter (falls er nicht wider Erwarten gründlicher Kenner der Psychopathologie ist) zweifellos, sobald er seinen Zweck erreicht hat, mit aller überflüssigen Gewaltanwendung aufhören und keine zwecklosen Verwüstungen anrichten, denn ihm war es ja nur um Erreichung eines bestimmten Erfolges zu thun. Er wird sich ferner sicherlich hüten, auch sich selbst irgend einen Schaden an seiner Habe zuzufügen, wie alle Simulanten eine gewisse egoistische Rücksicht beobachten, und wohl fremdes Gut, nie aber ihr Eigenthum zerstören und verwüsten.

Nur eine sehr beschränkte Kategorie von (objectiv sich als solche darstellenden) Verbrechen kann daher im Zustande der transitorischen Tobsucht begangen werden, und da wird im concreten Falle zumeist schon aus der Beschaffenheit der That selbst der Schluss, ob auch wirklich eine solche Psychose stattgehabt habe, mit ziemlicher Bestimmtheit zu ziehen sein.

III. Während es hauptsächlich Aufgabe des Richters sein wird, die unter I und II angeführten Umstande zu erheben, wird dem Gerichtsarzte die Obliegenheit zufallen, zu constatiren, ob im concreten Falle jene somatischen und ätiologischen Momente und jene Symptome vorhanden waren, welche erfahrungsgemäss den transitorischen Tobsuchtsanfall auszulösen vermögen, beziehungsweise ihn stets begleiten und über den psychischen Gesundheitszustand, den normalen oder abnormen Bewusstseins-Inhalt des Thäters zur Zeit der That sich objectiv und mit wissenschaftlicher Motivirung auszusprechen, um so dem Richter zum Erkenntnisse, ob die That in zurechnungs- oder nicht zurechnungsfähigem Geisteszustande begangen worden sei, das benöthigte fachwissenschaftliche Gutachten zu liefern. Dass diese Aufgabe des Arztes, der nicht selbst Zeuge der That war und den Angeschuldigten zumeist erst zu einer Zeit zum erstenmale zu Gesichte bekommt, wo dessen angeblicher transitorisch-psychopathologischer Zustand bis auf die letzte Spur verschwunden und der normale Zustand wieder eingetreten ist, keine leichte sein kann, bedarf wohl keines Beweises. Er kann nur aus den erhobenen äusseren Umständen auf den Be-

stand oder Nichtbestand der Psychose mit mehr oder minderer Zuverlässigkeit schliessen. Da alle Seelenstörungen durch organische Erkrankungen bedingt sind, wird er vor Allem das materielle Substrat der Erkrankung zu erforschen haben, alle zur transitorischen Tobsucht prädisponirenden, alle sie herbeiführenden occasionellen und die sie begünstigenden Momente, wie wir solche bereits ausführlich besprochen haben, hervorheben, wobei nur zu bemerken ist, dass das Bestehen solcher Momente ebensowenig nothwendigerweise einen Ausbruch der transitorischen Tobsucht zur Folge haben müsse — als auch jede Möglichkeit eines solchen Paroxysmus dadurch ausgeschlossen ist, dass sich kein solches prädisponirendes oder occasionelles Moment nachweisen lässt. Insbesondere wird zu erheben sein, ob der Explorand zufolge seiner Körperbeschaffenheit zu fluxionären Gehirnhyperämien besonders prädisponirt sei, und welche Schädlichkeiten möglicherweise im vorliegenden Falle eine heftige derartige Fluxion herbeigeführt und dergestalt die Psychose ausgelöst haben können. Auch darnach wird zu forschen sein, ob sich etwaige ähnliche Anfälle erweislich schon in früherer Zeit und aus welchen Ursachen beim Exploranden ergeben haben; überhaupt wird der Arzt sich eine genaue Anamnese zu verschaffen trachten, sich möglichst genau über alle Antecedentien, die zum Entstehen der Psychose mitgewirkt haben können, informiren lassen und den Einfluss, welchen Charakter, Temperament, Lebensweise, Gewohnheiten, Neigungen, Laster und Leidenschaften, Familienverhältnisse des Angeklagten dabei geübt haben können, sowie dessen Alter und Geschlecht in Betracht ziehen. Wenn wirklich eine Psychose bestanden hat, wird sich doch wohl in den meisten Fällen ein ätiologisches Moment dafür aufweisen, irgend eine Thatsache sicherstellen lassen, welche den Ausbruch der Psychose erklärt, es wird sich der Einfluss eines organischen Factors, ein pathologischer Vorgang im Central-Nervensystem, durch den die anomalen psychischen Erscheinungen herbeigeführt wurden, wenn auch nicht handgreiflich nachweisen, so doch durch Schlussfolgerungen wahrscheinlich machen lassen. Der Arzt wird ferner zu erforschen haben, ob von dem wohlbekannten einheitlichen Krankheitsbilde der transito-

rischen Tobsucht alle Symptome, ohne Ausnahme auch nur eines einzigen, vorhanden gewesen sind, insbesondere ob die kritische Lösung des Anfalles durch den zum vollen freien Vernunftgebrauche zurückführenden Schlaf erfolgt sei und ob vollständige Amnesie für Alles während des Paroxysmus Vorgefallene bestehe. Allerdings kann diese Amnesie als ein rein innerer Seelenvorgang nicht handgreiflich sichergestellt werden, aber der Simulant wird nicht nur den Zeitraum, für welchen er keine Erinnerung zu besitzen vorschützt, selten richtig zu begrenzen wissen, sondern man wird auch in seinem Erinnern oder Nichterinnern eine gewisse Absichtlichkeit und Zweckmässigkeit finden. Er wird alle ihn belastenden oder wesentlichen Momente vergessen, die entlastenden oder unwichtigen aber im Gedächtnisse behalten haben. Er wird ferner manchmal sich an Umstände erinnern, die der wirklich transitorisch tobsüchtig Gewesene unmöglich wissen könnte, dagegen Umstände leugnen, die er doch wissen muss. Er wird überhaupt — wie so häufig die Schuldbewussten — zu viel leugnen. Der transitorisch Tobsüchtige wird sich ferner in seinen Erinnerungen nie widersprechen, denn sein Gedächtniss hat für die Zeit des Anfalles eine vollständige Lücke, er weiss wirklich nichts von der That; während dem Simulanten die That mit allen ihren Umständen wohl bekannt ist, daher er, geschickt inquirirt, manche Umstände, die er nicht wissen sollte, verrathen wird. Der Simulant wird, um nur seine Sache recht gut zu machen, Symptome angeben, die zum Krankheitsbilde gar nicht gehören oder ihm direct widersprechen, oder er wird dazu gehörige weglassen, er wird aus Unkenntniss der Psychopathologie ausser Stande sein, ein geschlossenes, einheitliches, schulgerechtes Krankheitsbild der transitorischen Tobsucht darzustellen.

Es ist weiterhin sehr verdächtig, wenn der Angeklagte seine Bewusstlosigkeit betont, fortwährend darauf zurückkommt, dass er nicht bei Sinnen gewesen war, und sich ersichtlich Mühe gibt, dies zu beweisen, während er doch zugibt, dass er möglicherweise die That begangen haben könne, denn der wahrhaft transitorisch tobsüchtig Gewesene leugnet in der Regel rundwegs und ent-

schieden, dass er der Thäter gewesen sei und hält sich zu diesem Leugnen für vollkommen berechtigt, weil er von der That nichts weiss. Der Arzt wird ferner ein Hauptaugenmerk darauf zu richten haben, ob die Beschaffenheit der That selbst und die Modalität ihrer Verübung den unter II geschilderten der transitorischen Tobsucht specifisch eigenen Charakter an sich tragen. Auf Grundlage seiner eigenen Beobachtungen und des ihm vom Richter zur Einsicht mitgetheilten Materiales wird er in seinem Gutachten an der Hand der Thatsachen und ihres Zusammenhanges und nach wissenschaftlichen Principien durch bündige Deduction zur Ueberzeugung des Richters den Nachweis liefern, dass nach den vorliegenden Umständen entweder in Folge eines nachweislichen pathologischen Zustandes eine mit der That im Causalnexus stehende transitorische Psychose mit Gewissheit oder doch mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen sei, oder dass sich kein Anhaltspunkt für eine solche Annahme auffinden lasse, der Thäter daher in geistesgesundem Zustande gehandelt habe. Einem erfahrenen Psychiater wird es in der Regel nicht schwer fallen, das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein der die transitorische Tobsucht bedingenden Momente und die Hauptkriterien derselben nachzuweisen. Genaue und gewissenhafte Prüfung des vorliegenden Materials ist hiebei um so erforderlicher, als denn doch in der Regel das Schicksal des Angeklagten in letzter Linie von dem Gutachten des sachverständigen Arztes abhängig gemacht wird. Wohl wird in einzelnen Fällen, wenn die anamnestischen Daten nicht herbeigeschafft werden können, die That nicht vor Zeugen verübt wurde, sich die Symptome nicht mit voller Sicherheit herstellen lassen, ein körperliches Leiden oder ätiologische Momente nicht erweislich sind, die Beurtheilung schwierig oder unmöglich sein; der Arzt soll aber in solchen Fällen kein Bedenken tragen, seine Zweifel oder die Unmöglichkeit einer bestimmten Entscheidung auszusprechen und den Richter nur im Allgemeinen über das aufklären, was vom wissenschaftlichen Standpunkte über die transitorische Tobsucht überhaupt bekannt ist. — Der Richter aber wird, obwohl nach dem Gesetze ihm allein

der Ausspruch über den Bestand der Bewusstseins-Störung und die Zurechnungsfähigkeit des Angeklagten zusteht und er an das Gutachten des Arztes, wenn er den Nachweis über den Bestand der Psychose nicht für genügend beigebracht erachtet, nicht gebunden ist — jedenfalls vorher dieses Gutachten einholen, und zwar selbst dann, wenn er von der Zurechnungsfähigkeit oder Unzurechnungsfähigkeit des Angeschuldigten bereits selbst die volle Ueberzeugung gewonnen hat; denn da die fragliche transitorische Seelen-Alienation jedenfalls nur durch pathologische Gehirnzustände, durch ein materielles Leiden hervorgerufen worden sein kann, reichen gesunder Menschenverstand, allgemeine Lebenserfahrung und einfache Kenntniss der Psychologie, wie sie auch beim Richter vorausgesetzt werden müssen, zur Beurtheilung des Falles nicht hin, der Richter ist nicht competent, in Fällen, zu deren richtiger Auffassung medicinisch-technische, psychopathologische Kenntnisse unbedingt erforderlich sind, für sich allein ohne vorherige Einholung der Meinung eines speciellen Sachverständigen abzusprechen. — Ueberhaupt werden hier, sowie überhaupt in gerichtlich psychopathologischen Fällen, jenem Gebiete, wo Rechts- und Naturwissenschaft sich so enge berühren, Richter und Arzt mit vereinten Kräften zur Erhebung der materiellen Wahrheit zu wirken haben. Allgemein giltige Regeln für die durch Beide gemeinsam zu bewerkstelligende Thatbestands-Erhebung lassen sich wohl nicht aufstellen, jeder Fall ist speciell und individuell zu beurtheilen und man hüte sich sehr, zu generalisiren.

In unserem Werke über die „Bewusstlosigkeitszustände als Strafausschliessungsgründe", auf welches wir hier verweisen, haben wir der Art der Constatirung transitorischer Psychosen eine ausführliche Besprechung gewidmet. Keinesfalls spricht für den Bestand oder Nichtbestand eines transitorischen Tobsuchts-Paroxysmus irgend eine Vermuthung, und keineswegs findet bei dessen Constatirung die Rechtsregel „Affirmanti (etwa dem Angeklagten oder dessen Vertheidiger) incumbit probatio" Anwendung, sondern es muss in zweifelhaften Fällen von Amtswegen durch Richter und Arzt,

auch ohne Antrag seitens der Vertheidigung, festgestellt werden, ob wirklich eine Psychose vorgelegen habe oder nicht; da jedoch transitorische Tobsuchtsanfälle im Allgemeinen nur selten eintreten und stets nur als Ausnahme von der Regel betrachtet werden müssen, können sie nicht ohneweiters vorausgesetzt werden, sie müssen vielmehr strengstens erwiesen werden und ist eine gewisse Skepsis dabei, besonders wenn der Thäter ein bemakeltes Vorleben hinter sich hat und man sich von ihm der dolosen That wohl versehen könnte, nicht ungerechtfertigt. Dass seiner eigenen Angabe, er habe in einem bewusstlosen Zustande gehandelt, keine Beweiskraft beigelegt werden könne, ist selbstverständlich, denn damit will er sich ja eben entschuldigen.

Aber auch die Depositionen der Zeugen sind nur mit grosser Vorsicht aufzunehmen. Der Zeuge erblickt eben auch nichts weiter als die motorische Aeusserung, die nackte That; der Bewusstseins-Inhalt, Denken, Fühlen und Wollen des Thäters sind ihm unbekannt, über den Bestand der Psychose kann er als nicht Sachverständiger kein Urtheil abgeben, seine diesfälligen Ansichten sind rein subjectiv und ohne wissenschaftliche Begründung und die Angaben nicht selten auch befangen, absichtlich zu Gunsten oder Ungunsten des Thäters eingerichtet. Sie können also nur für Arzt und Richter ad informationem dienen, es wäre jedoch sehr gefehlt, ärztliches Gutachten und richterliches Urtheil im Wesentlichen auf sie zu basiren.

Art. XXXIX.

Simulation der transitorischen Tobsucht.

Dass schlaue Verbrecher, um sich der Strafe für ihre Missethat zu entziehen, während der gerichtlichen Untersuchung einen bei Verübung der That stattgefundenen Bewusstlosigkeits-Zustand, einen Anfall der sogenannten „Mania transitoria" vorschützen, ist eine sehr häufig vorkommende Erscheinung. Seltener wohl dürfte es vorkommen, dass Jemand

einen solchen Bewusstlosigkeits-Zustand vor Zeugen bei Verübung einer prämeditirten strafbaren Handlung geflissentlich simulire, um unter diesem Deckmantel vor den strafgesetzlichen Folgen seiner That, als zur Zeit ihrer Begehung unzurechnungsfähig, geschützt zu sein, und am allerseltensten wohl wird ein solcher Verbrecher die transitorische Tobsucht zum Gegenstande der Simulation wählen. Geisteskrankheiten sind überhaupt weit schwerer nachzuahmen, als der in der Psychopathologie nicht Bewanderte glauben mag, und dem fachkundigen Arzte wird es in beinahe allen Fällen ohne besondere Schwierigkeit gelingen, den Simulanten zu entlarven. Letzterer, dem die psychopathologischen Kenntnisse abgehen, wird nicht im Stande sein, ein wahrheitsgetreues, abgeschlossenes, einheitliches Krankheitsbild vorzuspiegeln, er wird wichtige Symptome, besonders wenn sie schwer durchzuführen sind, weglassen, ungehörige oder dem Wesen der simulirten Psychose widersprechende einmengen, stets bestrebt sein, seine Sache nur recht gut zu machen, daher übertreiben und statt des Krankheitsbildes eine Carricatur desselben liefern, kurz, ein Geistesgesunder wird die nachgeahmte Psychose nie so treffend darstellen können, wie es der Geistesgestörte unfreiwillig thun muss, er wird sich unter allen Umständen Blössen geben. Verhältnissmässig leichter noch ist es, Schwächezustände, wie Blödsinn oder Verrücktheit oder depressive Zustände zu simuliren, weit schwieriger aber ist es, Aufregungs- und insbesondere Tobsuchtsanfälle consequent richtig durchzuführen, da hiezu grosse Kraftanstrengung, Energie und Ausdauer erforderlich wäre. Dies gilt nun ganz insbesondere von transitorischen Tobsuchts-Paroxysmen, allein die Simulation derselben würde nicht nur ganz besondere Kraftäusserungen und Ausdauer, sondern auch die genaue Kenntniss des sehr umfassenden Symptomen-Complexes, eine seltene Intelligenz, Gewandtheit und Schlauheit des Simulanten und ein wahres Schauspieler-Talent desselben voraussetzen, um sie in allen ihren bekannten und wahrlich nicht leicht nachzuahmenden Kriterien schulgerecht darzustellen. Im Falle aber dessungeachtet die Simulation derselben versucht worden sein sollte, werden bei Entscheidung

der Frage, ob Verbrechen oder wirklich die Psychose vorliege, im Allgemeinen die im vorigen Artikel besprochenen Umstände zu erheben sein. Die Entlarvung des Simulanten wird auch dadurch begünstigt werden, dass sich in einem solchen Falle sehr leicht die Causa facinoris und die Prämeditation der That, aber kaum jemals ein ätiologisches Moment für die Entstehung der Psychose werden nachweisen lassen. Die absichtlichen und planmässigen Bewegungen werden beim Simulanten einen von der spontanen unwillkürlichen motorischen Erregung des wahrhaft Erkrankten total verschiedenen Charakter tragen, es wird dem Simulanten unmöglich sein, die den transitorischen Tobsuchtsanfall stets begleitenden Körpersymptome, wie z. B. erhöhten Puls, Congestionen, den stieren Blick und insbesondere die in's Unglaubliche gesteigerte Leistungsfähigkeit des Muskel-Apparates nachzuahmen. Die That des Simulanten wird ferner niemals durch den der transitorischen Tobsucht eigenthümlichen sinn- und ziellosen Zerstörungstrieb, sondern durch eine consequent und planmässig verfolgte Richtung in der Gewalt-Anwendung charakterisirt sein, der Simulant wird nie stundenlang unausgesetzt und unnöthigerweise toben und wüthen, sondern, sobald er seinen Zweck erreicht hat, wird der angebliche Paroxysmus auch sofort verschwinden, und zwar umsomehr als es allzusehr erschöpfend ist, derartige Tobsuchtszustände stundenlang nachzuahmen, daher denn auch der simulirte Tobsuchts-Paroxysmus stets in einer auffallend kürzeren Zeit beendet sein wird, als der in Wahrheit stattgefundene. Der Simulant wird stets eine gewisse egoistische Rücksicht bewahren, jeder ihn selbst gefährdenden Situation klüglich aus dem Wege gehen, wohl fremde, aber nie seine eigene Habe beschädigen, im Laufe der gerichtlichen Untersuchung stets sorgfältig darauf bedacht sein, die eingetretene Sinn- und Bewusstlosigkeit zu beweisen, und weit mehr Thatumstände ableugnen, als seiner Vertheidigung förderlich ist.

Art. XL.

Casuistik zum vorhergehenden Artikel.

Obwohl die Simulation der transitorischen Tobsucht so schwierig ist, dass Kraft-Ebing solche, anscheinend nicht mit Unrecht, für kaum möglich noch jemals versucht erklärt, sind wir doch durch den nachstehenden actenmässigen, bei einem südungarischen königlichen Gerichtshofe verhandelten Criminalfall eines Anderen belehrt worden.

N. N., 38 Jahre alt, verheiratet, Vater eines Kindes, Postbeamter zu N., hatte in Erfahrung gebracht, dass sein Amts-Chef die ihm anvertraute Handcasse am 15. November 1877 um 6 Uhr Nachmittags scontriren werde. Unter dem Vorwande, dass er eben um die besagte Stunde die Ankunft seines Schwagers aus B. erwarte und Letzterem zum Schiffsplatze entgegengehen wolle, erbat er sich am benannten Tage von seinem Vorgesetzten die Verschiebung der Scontrirung auf den kommenden Tag. Um 6 Uhr Nachmittags fand sich N. N. allerdings auf dem Schiffsplatze ein, war jedoch, da der erwartete Schwager mit dem Dampfschiffe nicht eintraf, nach Angabe des Zeugen, Advocaten K., auffallend zerstreut und wortkarg. Vom Schiffsplatze begab er sich in die Pfand-Leih-Anstalt eines gewissen S., den er jedoch nicht zu Hause traf, sodann ging er bis ungefähr 8 Uhr Abends vor dem Postgebäude auf und ab, alsdann auf eine kurze Weile in seine Wohnung, wo er seiner Gattin mittheilte, dass er sich auf das Telegraphenamt begeben und ungefähr um 9 Uhr nach Hause kommen werde. Im Telegraphenamt erfuhr er, dass eine Geldanweisung für ihn, die er sich im telegraphischen Wege aus Wien erbeten hatte, nicht eingetroffen sei. Er conversirte einige Zeit mit dem Telegraphen-Beamten und verliess, da die Amtsstunde bereits vorüber war und Letzterer sich aus dem Bureau entfernte, in Begleitung desselben das Telegraphenamt. An einer Strassenecke verabschiedete er sich von seinem Begleiter, der an ihm eine gewisse Unruhe und Aufgeregtheit bemerkt haben will, und ging allein in das in einer anderen

Gasse gelegene Postamt. Es war kurz nach 9 Uhr Abends und im Bureau Niemand Anderer als der die Inspection habende Beamte Cz. und der Amtsdiener L. anwesend, Ersterer ein kleines, schmächtiges Männchen, Letzterer hingegen ein Mann von herkulischer Statur und Stärke. N. N. erkundigte sich, ob für ihn aus K. ein Geldbrief angekommen sei, und als er erfahren hatte, dass die betreffende Post überhaupt noch nicht eingetroffen sei, verliess er das Postgebäude und ging auf der Gasse spazieren, bis er um ungefähr 10 Uhr dem eben aus K. anlangenden Postwagen begegnete. Mit diesem zugleich kam er wieder in das Postgebäude, wo sich bei Durchsicht der Sendung zeigte, dass zwar kein Geldbrief für N. N., wohl aber mehrere andere geldbeschwerte Briefe, unter anderen ein an die Peterwardeiner k. k. Militärbehörde gerichtetes, mit 9800 fl. beschwertes Dienstschreiben angekommen waren. — N. N., obwohl er dienstfrei war und sich sonst ausser den Dienststunden niemals im Postamte etwas zu schaffen machte, erbot sich diesmal freiwillig, seinem Collegen Cz. bei Sortirung der Briefe behilflich zu sein, und verblieb im Amtslocale, was sowohl dem Cz. als dem Amtsdiener L. auffiel, und zwar Letzterem umsomehr, als N. N. ihn mehrmals eindringlichst aufforderte, sich, da es schon so spät sei, niederzulegen. L. kam endlich diesem wiederholten Ansinnen nach und legte sich im anderen Zimmer auf eine Bank, wo er, obwohl er sich vorgenommen hatte, nicht einzuschlafen und vielmehr auf Alles, was vorgehe, ein aufmerksames Auge zu haben, von der Tagesarbeit ermüdet, dennoch einschlummerte. Plötzlich wurde er durch einen furchtbaren Schmerz erweckt; N. N. hatte ihm mit einem scharfgeschliffenen Unterofficiers-Säbel, der sich in der Kanzlei zum Schutze der Postbediensteten gegen etwaige Eindringlinge befand, einen wuchtigen Hieb über den Kopf versetzt. L., obwohl lebensgefährlich verletzt und stark blutend, sprang auf seinen Angreifer los, es entstand ein furchtbares Ringen zwischen Beiden, wobei L. noch einige andere Verletzungen mit dem Säbel davontrug, bis er endlich, durch den starken Blutverlust geschwächt, vom Ringen abliess und durch die Thüre auf die Hausflur entwich, wo er, den letzten Rest seiner Kräfte sammelnd, Lärm schlug.

Der Postbeamte Cz. war wohl mit Entsetzen Zeuge des mörderischen Anfalles gewesen, hatte jedoch nicht gewagt, zu interveniren und war auch nicht in der Lage, Succurs herbeizuholen, da er zu diesem Zwecke das Zimmer, in welchem sich N. N. mit der blutbedeckten Waffe befand, hätte passiren müssen. — Nachdem L. das Zimmer verlassen hatte, stürzte sich N. N. auf Cz., packte ihn am Halse, und mit der Drohung: „Hund, rühre Dich nicht, sonst ....“ nahm er von dessen Schreibtisch das obenerwähnte, mit 9800 fl. beschwerte Dienstschreiben und steckte es unter den Arm. L. hatte unterdessen die Inwohnerschaft des Hauses alarmirt; man vernahm im Postbureau lebhafte Stimmen von der Hausflur her. Da bat Cz. den N. N. flehentlich, er möge von seinem Thun ablassen, sie Beide nicht unglücklich machen und den Geldbrief zurückgeben. N. N. stellte ihm den Brief auch wirklich zurück und verschwand, durch die Dunkelheit der Nacht und die im Hause herrschende Verwirrung begünstigt, unaufgehalten aus dem Postgebäude.

Es war eben 11 Uhr Nachts geworden. N. N., ganz mit Blut bedeckt, eilte in seine Wohnung, klopfte an, gab auf die Frage seiner Gattin, wer es sei, zur Antwort: „Ich bin's!“ und als ihm geöffnet worden und er eingetreten war, begann er zu jammern, „er sei geisteskrank geworden, müsse gleich sterben“ u. dgl., ohne aber von dem Vorfalle im Postgebäude etwas zu erwähnen. Die erschreckte Gattin sandte um Med. Dr. H., welcher sogleich erschien, aber an dem N. N., ausser einer die physiologische Breite nicht übersteigenden heftigen Gemüthsaufregung, absolut nichts Krankhaftes oder Abnormes zu entdecken vermochte. Als sich der Arzt entfernt hatte, legte sich N. N. zu Bette und schlief (wenigstens anscheinend) nicht nur bis zu seiner am Morgen erfolgenden Verhaftnehmung, sondern schien sogar noch nach derselben, im Arreste von einem mehrstündigen Sopor befangen, aus dem er erst durch die ihm beigegebenen Wächter aufgerüttelt werden musste, als er zum Verhör geführt werden sollte.

Sein mit strengster Consequenz durchgeführtes Vertheidigungssystem vor Gericht war sehr einfach. In seinem ersten

Verhör betheuerte er, von der Ursache seiner Arretirung gar keine Ahnung zu besitzen; gab dann, als ihm solche bekannt gegeben worden war, die Möglichkeit der incriminirten That zu — gibt ferner zu, dass er an jenem Abende im Postbureau erschienen sei, um sich über das Eintreffen eines von ihm selbst erwarteten Geldbriefes zu erkundigen und behauptet, aus blosser Gefälligkeit sich seinem Collegen Cz. zur Hilfeleistung angeboten zu haben; dabei sei er jedoch in unmittelbarer Nähe des übermässig geheizten Ofens gestanden und plötzlich von einer Art Betäubung befallen worden. Von diesem Momente an bis zu dem Augenblicke, wo er im Arreste durch seine Wächter aus dem Schlafe aufgerüttelt wurde, wisse er absolut nichts, was mit ihm vorgegangen sei, selbst nicht, wie er nach Hause gekommen (!) und wie er arretirt worden sei. Das Auftreten eines solchen Bewusstlosigkeitszustandes sei bei ihm um so erklärlicher, als er sehr viel an Congestionen zu leiden habe, hierwegen und wegen eines Gehirnleidens auch von den DDr. M. und G. ärztlich behandelt worden sei, als er ferner sehr zu Melancholie inclinire und vor zwei Jahren auch in einem Anfalle melancholischer Geistesstörung einen Selbstmordversuch gemacht habe. Die mit grosser Umsicht und Sorgfalt geführte gerichtliche Untersuchung stellt den Vorfall jedoch in ganz anderem Lichte dar. N. N., aus guter, obwohl unbemittelter Familie abstammend, hatte eine vorzügliche Erziehung genossen, das achtclassige Gymnasium und zwei Jahre Jus absolvirt, die Maturitätsprüfung und das sogenannte rechtshistorische Staats-Examen mit ausgezeichnetem Erfolge bestanden, hatte sodann mehrere Jahre bei Herrschaften auf dem Lande als Erzieher Verwendung gefunden und war endlich im Jahre 1868 in den Staatspostdienst getreten. Er ist der deutschen, ungarischen, französischen, lateinischen und italienischen Sprache vollkommen, der serbischen zum Theile mächtig, seine Intelligenz wird allseitig als eine hervorragende, seine Bildung als eine sehr feine und die Literatur mehrerer Sprachen umfassende gerühmt. Niemals jedoch hat er die Kunst verstanden, mit seinem Einkommen auch sein Auslangen zu finden, er war seit

Jahren mit namhaften Schulden belastet und die Hälfte seines Gehaltes von seinen Gläubigern mit Beschlag belegt. Die hiedurch herbeigeführte Nothlage veranlasste ihn (wie wir weiter unten sehen werden) zu wiederholtenmalen der ihm anvertrauten Postcassa nicht unbedeutende Summen zu entlehnen, und eben am Tage der That, als die Cassa scontrirt werden sollte, hatte dieselbe ein Deficit von 148 Gulden aufzuweisen, wie N. N. ohneweiters selbst zugesteht. Eben um diesen Abgang zu decken, hatte er an mehrere seiner Verwandten brieflich und telegraphisch die Bitte gestellt, ihm mit einem Geldbetrage von 150 Gulden zu Hilfe zu kommen, da jedoch die erwarteten Geldsendungen ausblieben, er auch den Geldverleiher S., von dem er wahrscheinlich den benöthigten Betrag entlehnen wollte, nicht zu Hause traf, sah er jede Hoffnung abgeschnitten, das Deficit an den Amtsgeldern noch vor der Scontrirung der Cassa zu decken, und hatte um so gegründetere Ursache, der Cassarevision mit Bangigkeit entgegenzusehen, da er, ohnehin als in der Gebahrung mit Amtsgeldern unverlässlich bekannt, im Entdeckungsfalle der Defraudation keine Schonung, sondern vielmehr Dienstverlust und Strafe zu gewärtigen hatte. An einem Motiv, sich auf welche Art immer in den Besitz der zur Deckung des Deficits und allenfalls auch zur Zahlung seiner drückenden Schulden nöthigen Geldsumme zu setzen, fehlte es also N. N. keineswegs, ebenso begreiflich ist es, dass er — selbst Postbeamter — auf den Gedanken verfiel, ihm sei am leichtesten geholfen, wenn es ihm gelinge, auf der Post, wo er zu jeder Stunde des Tages und der Nacht freien Zutritt hatte, ein oder mehrere mit für seinen Zweck genügenden Summen beschwerte Geldbriefe unbemerkt sich anzueignen. Zeit war dabei nicht zu verlieren, denn die gefürchtete Cassarevision sollte am Morgen des kommenden Tages stattfinden und es musste daher schnell gehandelt werden. Die Geldbriefe einfach zu entwenden, war wegen der Anwesenheit des Cz. und L. im Postbureau nicht möglich, es mussten also die Zeugen der That beseitigt werden. N. N. schickte daher den L., dessen Körperstärke er fürchtete, vorerst schlafen, um den Schlafenden mit leichter Mühe tödten zu können; mit dem schwächlichen Cz., dem er selbst an

Körperkraft weit überlegen war, gedachte er leichten Kaufes fertig zu werden, worauf er dann die Geldbriefe sich aneignen und unbemerkt das Postlocale verlassen hätte können. Die That wäre dann nächtlicher Weile eingebrochenen unbekannten Raubmördern zugeschrieben worden. Nur der Umstand, dass L. nicht tödtlich getroffen wurde und noch Kraft genug besass, sich zu flüchten und Lärm zu erheben, vereitelte den fein angelegten Plan und die Ausführung der prämeditirten That.

Die Untersuchung ergab ferner, dass an jenem Abende die Localitäten des Postbureaus keineswegs, wie N. N. behauptet, übermässig geheizt waren, dass vielmehr eine ziemlich kühle Temperatur darin herrschte, indem seit Nachmittag kein Holz mehr im Ofen nachgelegt worden war, und somit die Angabe des N. N., die Glühhitze des Ofens habe ihm einen Betäubungs- und Bewusstlosigkeitszustand zugezogen, unwahr sei. Zeuge Cz. hat auch an N. N. keine Spur eines solchen Betäubungszustandes wahrgenommen, N. N. war plötzlich vom Tische, an dem er stand, weggeeilt, hatte den Säbel ergriffen und damit auf den schlafenden L. eingehauen. Ebenso unwahr erwies sich N. N's Behauptung, er wäre bei den Aerzten M. und G. wegen heftiger Kopfschmerzen und eines Gehirnleidens in ärztlicher Behandlung gestanden. Dr. M. gibt an, dass ihm N. N. wohl vor mehreren Jahren über häufige Kopfschmerzen geklagt hatte, eine ärztliche Behandlung des N. N. durch ihn habe jedoch nicht stattgefunden. Dr. G. deponirt, dass ihn N. N. schon vor mehr als einem Decennium, als dieser noch Erzieher bei einer Herrschaft auf dem Lande war, wegen heftiger Congestionen, die er sich durch angestrengte Studien und Mangel an genügender Körperbewegung zugezogen habe, zwar consultirt und er (G.) ihm kalte Umschläge auf den Kopf dagegen angerathen habe. Ob N. N. jedoch diesen Rath befolgt und von seinem Leiden befreit worden sei, sei ihm nicht bekannt. Von der stattgehabten Behandlung eines bei N. N. bestandenen Gehirnleidens will keiner der beiden Aerzte etwas wissen. Dass N. N. auch später an Congestionen gelitten oder sich darüber beklagt habe, konnte nicht erwiesen werden. Niemand von seinen Bekannten will überhaupt, und zwar insbesondere in der letzten Zeit vor der That eine solche

Klage aus seinem Munde gehört haben. Auch seine angebliche häufig wiederkehrende krankhafte, düstere Verstimmung oder einen an ihm eingetretenen Bewusstlosigkeitszustand hat nie Jemand bemerkt. Allerdings hat er vor zwei Jahren einen Versuch, sich mit einem Revolver zu erschiessen, gemacht oder vielmehr vorgespiegelt, aber keineswegs, wie er angibt, aus ihm selbst unbegreiflicher Ursache in einem Anfalle von Melancholie, sondern damit einen Theater-Coup ausgeführt, um seine widerstrebende Gattin dadurch zu bewegen, von ihren Eltern einen Betrag von 300 Gulden zu verlangen, den er zur Deckung eines Deficits in seiner Amtscassa dringendst benöthigte und auch erhielt, ehe die Defraudation noch entdeckt war. N. N's eigener Versuch, die angeblich bei ihm eingetretene transitorische Psychose ätiologisch zu begründen und zu erklären, ist ihm gänzlich misslungen. Aber auch der medicinisch-technische Sachverständige Herr Dr. Georg Schossberger, einer unserer tüchtigsten Gerichtsärzte, war ausser Stande, auch nur einen einzigen Anhaltspunkt zur Annahme einer transitorischen Seelenstörung vorzufinden. Herr Dr. Schossberger, der den Angeklagten schon wenige Stunden nach dessen Verhaftung besuchte, fand in ihm ein vollkommen gesundes, gut genährtes, von jeder hereditären Belastung freies Individuum, an dem weder ein Gehirnleiden noch eine Prädisposition zu Congestionen nachzuweisen war. Zu demselben Ergebnisse führten auch die im Laufe der Untersuchung mehrmals wiederholten Beobachtungen des benannten Gerichtsarztes. N. N. beantwortete alle ihm vorgelegten Fragen zusammenhängend und logisch, sein Gedächtniss erstreckte sich auf alles Erlebte, das mit der incriminirten Handlung nicht im Zusammenhange stand, so oft aber das Gespräch auf diese gelenkt wurde, zeigte er in seinen Antworten Zögern und eine auffallende Behutsamkeit.

Als ihm Dr. Schossberger eines Tages eröffnete, dass er ihn für einen Simulanten halte, da der von ihm vorgespiegelte Bewusstlosigkeits-Zustand in seinen Symptomen aller wissenschaftlichen Erfahrung widerspreche, und um dem Explorandan eine Falle zu legen, die Meinung aussprach, eine solche That lasse sich nur durch Hallucinationen oder Illusionen erklären,

die aber bei ihm nicht aufgetreten wären, erwiderte N. N., er habe allerdings solche Hallucinationen gehabt, selbe aber vergessen und werde sich bemühen, sich darauf zu erinnern, und schloss seine Rede mit den Worten: „Tamen potes me juvare, gratus ero." Beim nächsten Besuche des Gerichtsarztes wusste er sich schon ganz deutlich zu entsinnen, es sei ihm während seines sinnlosen Zustandes vorgekommen, als ob er sich in einem Schlachtgewühle befände, seine Auseinandersetzung schloss er mit den Worten: „Dignetur me juvare, dabo tibi ducentos florenos." Das nächstemal erinnerte er sich genau, dass er in der Schlacht bei Plevna gewesen zu sein glaubte. Dann fragte er den Arzt: „Intelligisne linguam gallicam?" und auf dessen Antwort „Intelligo!" sprach er: „Aidez-moi, je vous donnerai deut cent florins. Je vous donnerais un accept si je pouvais seulement écrire a ma femme." Auf die Bemerkung des Gerichtsarztes: „Que puis je faire? Ence cas on vous enverrait dans une maison des aliénés", erwiderte N. N. mit Betonung: „Qualem me feceris, talis ero." — Er wusste also sehr wohl, dass die Entscheidung hauptsächlich vom Gutachten des Gerichtsarztes abhänge, und suchte diesen, da er ihn nicht geneigt fand, den angeblichen Bewusstlosigkeits-Zustand anzuerkennen, durch Bitten und Geldversprechung dazu zu bewegen. Freilich ohne Erfolg. Auch bei der am 23. November 1878 stattgehabten gerichtlichen Hauptverhandlung blieb er seinem Systeme, jedwede Kenntniss der That rund abzuleugnen, getreu, und schloss seine Vertheidigung mit folgenden pathetischen Worten:

„Die gegen mich erhobene Anklage enthält eine so ungeheuerliche Anschuldigung, wie solche nur einen Menschen von gänzlicher Verworfenheit treffen kann. Mein ganzes Vorleben liefert den Beweis, dass ich kein Missethäter bin, und ausser Stande, eine so entsetzliche Schandthat mit Vorbedacht zu begehen; wenn ich die mir incriminirte Handlung also doch verübt habe, so kann dies nur in einem Zustande geschehen sein, in welchem ich nicht wusste, was ich that und unfähig war, die Folgen meiner Handlungen und ihre Strafbarkeit einzusehen. Was ich dafür schon zu erdulden habe, ist ohnehin

schon schrecklich genug. Die Verachtung, der Abscheu, der Fluch der ganzen Welt begleitet meine doch in einem Zustande völliger Sinnlosigkeit begangene That. Und aus welchem Grunde Alles das? Eigentlich wegen nichts. Wer vorsätzlich einen Raubmord verüben will, bedenkt die Folgen der That wohl, und nimmt vorher wie nachher kaltblütig Alles vor, was zu seiner Sicherstellung und Rettung dienen kann. Ich aber hatte nicht den Vorsatz, ein so schändliches Verbrechen zu vollführen, dachte daher nicht an Flucht oder Verbergen und machte keinen Versuch, mich der Gerechtigkeit zu entziehen. Meine Vergangenheit und meine Zukunft sind unwiderbringlich verloren. Verloren ist meine zehnjährige Staatsdienstzeit, mit Verachtung werde ich als Verbrecher in den Sumpf der Menschheit gestossen. Und warum? Wahrlich wegen nichts. So strenge auch die Strafe sein wird, die mir vielleicht das Gericht zuerkennen mag, ich nehme dieselbe ruhig entgegen. Sie trifft mich nicht schwerer als der Verlust, den ich ohnedies schon erleide. Ich bitte um keine Gnade, da ich sie auch nicht erhoffe, doch um Rücksicht für meine unschuldig betroffenen Angehörigen. Es gereicht mir zum unendlichen Schmerze, dass ich durch eine That, bei deren Begehung ich nicht selbstbewusst und nicht Herr meiner Handlungen war, das Glück und die Ruhe zweier Familien zerstört habe."

Ungeachtet dieser wohlgesetzten Vertheidigungsrede wurde er jedoch vom Gerichtshofe für zurechnungsfähig erkannt, und wegen versuchten Raubmordes und Veruntreuung zu zwanzigjährigem schweren Kerker, Kostenersatz und Entschädigung des Amtsdieners L., welcher an der erlittenen lebensgefährlichen Verwundung Monate lang darnieder gelegen hatte, und den nur seine besonders kräftige Constitution vom Tode rettete, verurtheilt. Die königliche Tafel in Budapest, welcher dieser Process nach den bestehenden Gesetzen von Amtswegen zur Revision vorgelegt werden musste, verfügte, dass der Geisteszustand des Angeschuldigten zur Zeit der That, einer neuerlichen Begutachtung durch den königlich ungarischen Landes-Sanitätsrath unterzogen werde, und diese Behörde fällte nach dem Referate des königlichen Rathes

Dr. Franz Schwartzer einstimmig die Entscheidung, dass N. N. bei der Thatverübung keineswegs in einem Zustande von Bewusstlosigkeit, sondern mit voller Besinnungs- und Willensfreiheit gehandelt habe, daher als Simulant anzusehen sei, wonach die königliche Tafel das Urtheil des ersten Richters in seinem ganzen Umfange bestätigte. Als das nunmehr rechtskräftige Urtheil und der Umstand, dass der Landes-Sanitätsrath ihn für einen Simulanten erklärt habe, dem N. N. mitgetheilt wurde, sprach er, die Augen zum Himmel erhebend und mit salbungsvollem Tone: „Errare humanum est. Kein Mensch ist im Stande zu behaupten, dass es im Leben nicht Augenblicke geben könne, in denen man unbewusst durch einen unbegreiflichen Trieb zu einer Missethat hingerissen wird."

Letztere Aeusserung N. N's. haben wir durch freundliche Privatmittheilung des mehrbenannten Herrn Gerichtsarztes erfahren, dem wir auch die Kenntniss des Umstandes verdanken, dass N. N. im Arreste einen Zellengenossen zur Simulation abgerichtet, ihm gerathen habe, sich wahnsinnig zu stellen und jede Erinnerung an die That zu leugnen, sowie auch, dass N. N. nach seiner eigenen Angabe sehr viele psychologische und psychiatrische Werke gelesen haben soll, wie er denn unbestreitbar eine über seinen Stand weit hinausgehende umfassende und universelle Bildung besitzt. Aus eben diesem Grunde sind wir der Ansicht, dass er sich nicht erst nachträglich auf einen Bewusstlosigkeits-Zustand ausgeredet, sondern schon bei Verübung der That einen Anfall von „Mania" transitoria inscenirte, deren Symptome er so gut als es eben möglich war und so weit er sich des darüber Gelesenen erinnerte, geflissentlich darstellte, um im Falle des Misslingens seines Planes sich auf eine solche Psychose berufen zu können. Aber die Beschaffenheit seiner That zeigt keineswegs das sinnlose Toben, den jedes vernünftigen Zweckes entbehrenden unbestimmten Zernichtungs- und Zerstörungstrieb, wie solcher die transitorische Tobsucht unverkennbar charakterisirt, alle seine motorischen Aeusserungen erfolgen in einer genau bestimmten Richtung zu dem bewussten Zwecke, sich in den Besitz des dringend benöthigten Geldes zu setzen und die Zeugen der That vorher zu beseitigen. Sein gewaltthätiges

Thun erstreckte sich ausschliesslich nur auf die ihm im Wege stehenden Personen; ein transitorisch Tobsüchtiger hätte überhaupt auf alles in seiner Umgebung Befindliche, auch auf das Leblose blind wüthend dreingeschlagen. Ein Tobsüchtiger würde ferner keineswegs von den auf dem Tische liegenden Geldbriefen den meistbeschwerten klüglich ausgesucht und vorsichtig unter die Achsel gesteckt haben, er hätte vielmehr die Briefschaften, wenn sie ihm unter die Hand gekommen wären, in seinem sinnlosen Bewegungsdrange und blinden Wüthen sammt und sonders zerrissen und vernichtet. Ebenso wenig würde er auf das flehentliche Bitten des Cz., den Geldbrief, dessen er sich bereits bemächtigt hatte, zurückgestellt haben, was N. N. doch nach kurzem Bedenken that, ohne Zweifel, weil er durch das Entkommen des L. seinen Plan vereitelt sah und wenigstens nicht mit dem geraubten Geldbriefe betreten werden wollte, was mit dem simulirten tobsüchtigen Charakter seiner That allzu unvereinbar gewesen wäre. Ein Tobsüchtiger wäre ferner nicht bei Nacht und Nebel unbemerkt aus dem Locale entflohen, sondern hätte selbst einer eindringenden Uebermacht den energischesten Widerstand entgegengesetzt, ebensowenig hätte er noch vor Eintritt des die kritische Lösung seines Paroxysmus herbeiführenden Schlafes gegen die Gattin und den herbeigeholten Arzt gejammert, er sei wahnsinnig geworden. Wenn man hiezu erwägt, dass sich N. N. in einer Nothlage befand, welche ihm die Herbeischaffung von Geld unter allen Umständen zur gebieterischen Nothwendigkeit machte, er also ein gewichtiges Motiv zu der von ihm verübten That besass, dass er sich zu einer Zeit, wo er im Amte nichts zu thun hatte, gegen alle seine sonstige Gewohnheit daselbst aufhielt, um angeblich seinem Collegen behilflich zu sein, und den Amtsdiener L. dadurch, dass er ihn schlafen schickte, vorläufig unschädlich machte, somit die That jedenfalls klar prämeditirt hatte, dass ferner die physikalische Untersuchung und die Anamnese nicht den geringsten Anhaltspunkt ergaben, irgend welche Prädisposition zu transitorischer Tobsucht oder eines der bekannten ätiologischen Momente derselben anzunehmen, so wird man sich seine mit allen seinen Antecedentien und seiner bekannten Gesinnungsart vereinbarte

That recht wohl zu erklären im Stande sein und seine lügenhafte Behauptung, dass er in sinnlosem Zustande, seiner selbst nicht bewusst, gehandelt habe, ohne Mühe widerlegen können. Erwähnt sei noch, dass N. N. auch niemals dem Trunke ergeben war, und insbesondere am Tage der That nicht das mindeste Anzeichen einer Berauschung an ihm wahrzunehmen gewesen und er selbst letztere gänzlich in Abrede gestellt hat.

Art. XLI.

Angebliche Gefährlichkeit der Lehre von der transitorischen Tobsucht und davon forensisch zu besorgender Missbrauch.

Eine der gewichtigsten Einwendungen, welche die Gegner der transitorischen Manie (bezugsweise Tobsucht) gegen den Bestand dieser vorübergehenden Psychose vorbringen zu müssen glaubten, gipfelt in der Behauptung, dass die Anerkennung derselben forensisch allzu gefährlich wäre, indem damit unter dieser Bezeichnung überwiegender Missbrauch getrieben werden könnte. So äussert sich Liman in seinem Handbuche der gerichtlichen Medicin, pag. 611: „Auf die Gefahr jener Annahme aber braucht nicht weiter aufmerksam gemacht zu werden, da nichts leichter ist und auch oft genug vorgekommen, als den leidenschaftlichen Wuthausbruch eines vor wie nach der in demselben verübten, verbrecherischen That geistesgesund gewesenen und gebliebenen Angeschuldigten auf Rechnung einer, die Zurechnung ausschliessenden „Mania transitoria" zu schreiben." Und wenn Heim bei Bekanntmachung seines Lemke'schen Falles besorglich äusserte: „Ausser Zweifel ist es wohl, dass Mancher unter Henkers Händen, durch Tortur gemartert, auf Festungen und in Zuchthäusern sein Leben verloren hat, der ganz unschuldig war und nur das Unglück hatte, von einer solchen Tobsucht, von der auch der beste Mensch ergriffen werden kann, befallen zu werden", so hat die spätere Erfahrung gelehrt, dass ganz das Entgegengesetzte die Folge solcher Krankheitsaufstellung gewesen, dass nämlich durch ihre missbräuchliche Annahme in der Strafrechtspraxis

weit mehr Angeschuldigte und des Todes Schuldige das Glück gehabt haben, ihr Leben nicht zu verlieren." Weiter meint Liman: „Es ist festzuhalten, dass es solche ganz vorübergehende Anfälle wirklich gibt, aber es gibt keine eigene Species von Tobsucht, keine sogenannte „Mania transitoria". Diese unwissenschaftliche und gefährliche Bezeichnung darf in der Praxis nicht gebraucht werden." — In ganz ähnlichem Sinne äussern sich auch Ideler und mehrere Andere. — Dass die Bezeichnung „Mania" transitoria eine völlig unwissenschaftliche sei, haben wir selbst nachgewiesen, ebenso geben wir ohneweiters zu, dass mit derselben in häufigen Fällen Missbrauch getrieben worden sein mag. Dagegen glauben wir den Beweis erbracht zu haben, dass transitorische Tobsuchtsanfälle nicht nur vorkommen, was selbst Liman nicht leugnet, sondern dass selbe auch eine ganz eigenartig charakterisirte, keineswegs mit der gemeinen Tobsucht identische Psychose, eine Geisteskrankheit sui generis darstellen. Es ist aber nichts weniger als leicht, wie Liman meint, Verbrechen Geistesgesunder auf Rechnung einer solchen transitorischen Tobsucht zu setzen; die Simulation der letzteren ist vielmehr äusserst schwierig, wohl höchst selten versucht und kann ohne grosse Schwierigkeit entlarvt werden (siehe Art. XL), da sie ganz unverkennbare, mannigfache, nicht leicht nachzuahmende Symptome besitzt und ihre Charakteristik klar und scharf abgegrenzt ist. Es ist daher kein Missbrauch derselben zu besorgen, aber selbst wenn, was durchaus nicht der Fall ist, ein solcher zu befürchten wäre, kann aus diesem Grunde doch nicht der durch tausendfältige Erfahrung erwiesene Bestand derselben bestritten werden. Die Möglichkeit etwaigen Missbrauches ist ja doch keine wissenschaftliche Einwendung! Die Frage kann nur dahin gehen, ob diese transitorische Psychose wirklich existire und ihre Existenz wissenschaftlich zu beweisen sei, nicht aber, ob sie missbräuchlich vorgeschützt werden könne, um einen Verbrecher der verdienten Strafe zu entziehen. Mit welcher Wahrheit, sei sie noch so nützlich und heilig, wird denn nicht Missbrauch getrieben? Und soll dies ein Grund sein, deshalb die erwiesene und unbestreitbare

Wahrheit abzuleugnen? — Leidesdorf sagt in dieser Beziehung sehr treffend: „Der angebliche Missbrauch, der damit getrieben werden kann, geht den Arzt gar nichts an, und man kann eine Thatsache deswegen nicht ableugnen, weil selbe möglicherweise zur Beschönigung von Verbrechen missbraucht werden könnte." In demselben Sinne äussert sich Krafft-Ebing, „dass der Zweck der Wissenschaft nur die Erforschung der Wahrheit sein könne, ohne alle Rücksicht auf die etwa daraus gezogenen Consequenzen". — Werden denn endlich andere Psychosen, wie Manie, Melancholie, Blödsinn u. dgl., deren Bestand doch Niemand in Frage ziehen wird, nicht auch sehr häufig zur Beschönigung von Verbrechen vorgeschützt?

Wir gehören keineswegs zu jener Kategorie von Aerzten, welche mit gänzlicher Verkennung ihrer wahren Aufgabe aus übel verstandener Humanität in jedem Missethäter nur den Märtyrer einer krankhaften Organisation erblicken und alle Verbrechen als Ausfluss von Geisteskrankheiten betrachten (welch' letztere Ansicht, auch wenn sie, wie behauptet wird, schon von Hypokrates aufgestellt wurde, dennoch nicht minder unrichtig ist). Wir sind weit davon entfernt, dazu beitragen zu wollen, dass der strafenden Gerechtigkeit Hindernisse in den Weg gelegt werden, und zwar umsomehr, als es sich in Fällen vorgeschützter transitorischer Tobsucht zumeist um schwere, höchst gemeingefährliche Verbrechen handeln wird. Obwohl auch wir der Ansicht sind, dass mehr Geisteskranke wegen vermeintlicher Verbrechen zur Strafe verurtheilt, als Geistesgesunde durch vorgeschützte Psychosen von der Strafe befreit wurden, so können wir doch — leider — nicht in Abrede stellen, dass einzelne sogenannte Geisteskrankheiten beinahe absichtlich zu dem Zwecke erfunden worden zu sein scheinen, um forensisch zum Vortheile des verbrecherischen Individuums und zum Nachtheile der Allgemeinheit verwerthet zu werden. Wir erinnern hier nur z. B. an die Pyro-, Klepto-, Mord- und andere Monomanien, die Excandestentia furibunda u. a., deren Verfechtung in foro die ärztliche Wissenschaft bei dem mit gesundem Menschenverstande urtheilenden Richter und Publicum so sehr discreditirt hat. Ueber die in neuerer Zeit ent-

deckte sogenannte psychische Epilepsie (!) haben wir uns schon im Art. XXVI ausgesprochen und wollen hier nur im Vorbeigehen dem schon einige Decennien früher aus dem Auslande importirten psychiatrischen Mode-Artikel, der sogenannten Moral insanity, einige Worte widmen. Schon die Bezeichnung (zu deutsch: Lasterwahnsinn!) enthält einen unlösbaren Widerspruch, denn ist das betreffende Individuum blos lasterhaft, so ist es nicht wahnsinnig, ist es aber wahnsinnig, so kann die Lasterhaftigkeit wohl Ursache, Symptom oder Folge des Wahnsinns sein; es gibt aber keine eigene Species von Geisteskrankheit, die sich bei vollkommen intacter Intelligenz und Unterscheidungsvermögen einzig und allein durch einen unüberwindlichen Trieb zu lasterhaften und verbrecherischen Handlungen charakterisirt. Die angebliche Moral insanity ist nichts weiter als Symptom und Begleiter einer bestehenden oder Residuum einer abgelaufenen Psychose, zumeist schon ein Schwächezustand, niemals aber eine primär oder auch nur secundär auftretende selbstständige Geisteskrankheit. Die Einschwärzung dieser Pseudo-Psychose in die forensische Medicin muss mit allen Mitteln hintangehalten werden, sie würde jeder Strafjustiz ein Ende machen, denn nichts wäre für den mit seiner Weisheit zu Ende befindlichen Vertheidiger leichter und einfacher als bei jedem durch lasterhafte Neigungen, schlechte Erziehung und Lebensumstände verwilderten, zum Gewohnheitsverbrecher gewordenen, übrigens intellectuell ganz intacten Individuum eine solche angeborene Moral insanity, zufolge welcher ihm schon das Schicksal die Verbrecher-Laufbahn angewiesen und jede Besserung unmöglich gemacht hätte, als Ultima ratio gegen den Staatsanwalt in's Feld zu führen und seinem Clienten nebst Absolution von Schuld und Strafe schlimmsten Falles etwa die zeitweise Internirung und bequeme Versorgung in einer Irrenanstalt zu verschaffen, wo nicht etwa gar die Versetzung desselben auf freien Fuss zur ungebundenen Fortsetzung des bisherigen Lebenswandels zu erwirken. Wer kann es dann dem Staatsanwalt und Richter, die ohnehin nur zu sehr geneigt sind, den Bestand jeder Psychose, die sich nicht gleichsam handgreiflich darthun lässt, zu

bezweifeln, verübeln, wenn sie sich nicht nur gegen die Anerkennung solcher psychiatrischen Ungeheuerlichkeiten sträuben, sondern sich auch gegen diejenigen transitorischen psychischen Alienationen, welche, wie die transitorische Tobsucht, etwas Geheimnissvolles, Räthselhaftes an sich zu tragen scheinen, ablehnend und skeptisch verhalten.

Die transitorische Tobsucht aber ist nicht, wie die vorher erwähnte, die erkünstelte Form einer gar nicht existirenden Geisteskrankheit, sie hat auch nichts Unerklärliches und Geheimnissvolles an sich, besitzt ihre genau bekannten Symptome, ihre wenigstens zum grossen Theile bekannte Aetiologie und es wird sich in allen Fällen, in denen sie wirklich aufgetreten ist, stets auch irgend ein objectives Merkmal dafür entweder mit Sicherheit oder doch mit grosser Wahrscheinlichkeit nachweisen lassen. Es wird nichts weniger als schwierig sein, sie von leidenschaftlichen Wuthausbrüchen geistesgesunder Individuen zu unterscheiden, noch leichter wird es fallen, prämeditirte dolose Handlungen, welchen sie zum Deckmantel dienen soll, als solche zu constatiren und das öffentliche Interesse, dem Streben des Vertheidigers gegenüber, seinen Clienten um jeden Preis zu retten und auch das Schwärzeste durch irgend ein bei den Haaren herbeigezogenes Mittel weisszuwaschen, zu wahren. Ob eine transitorische Tobsucht wirklich bestanden habe oder nicht, wird für den erfahrenen Psychiater (und Andere als Specialisten sollen zur Beurtheilung gerichtlich-psychopathologischer Fälle nie und niemals herangezogen werden) in der Regel ohne Mühe zu diagnosticiren sein, denn sie ist kein Erzeugniss der Phantasie und der hypersentimentalen Humanität, sondern ein Ergebniss der Empirie, und es wäre gänzlich unbegründet, sie gleichfalls mit jenem Misstrauen zu betrachten, das man mit vollem Rechte der sogenannten „Mania" transitoria entgegengetragen hat. Letztere existirt allerdings nicht — es gibt keinen somatisch und ätiologisch unvermittelten schroffen Uebergang von voller geistiger Gesundheit zum Wahnsinn, mit kurz darauf wieder erfolgendem Rücksprung zur völligen Geistesgesundheit. Für alle transitorischen Bewusstseins-Störungen muss sich (wie für die transitorische Tobsucht) ein somatischer

Grund nachweisen lassen und über denselben gibt, wenn er auch nicht im Augenblicke erkennbar ist, so doch stets die Vergangenheit oder das spätere Leben des Betroffenen Aufschluss. Die anscheinende „Mania" transitoria war nicht selten nur ein Symptom, der erste Ausbruch eines schon lange bestehenden, nicht erkannten oder wenig beachteten neurotischen Grundleidens. Wir verweisen z. B. auf den von Devergie in den „Annales d'hygiène publique et de médicine legale" 1861 mitgetheilten (auch in Friedreich's Blätter übergangenen) Fall, demzufolge in Bordeaux ein 19-jähriger Kaufmannssohn, bestconduisirt, anscheinend vorher wie nachher völlig geistesgesund, ohne alles Motiv seine Stiefmutter erschoss und sich sodann der Polizei freiwillig überlieferte. Von den Assisen wegen vorübergehenden Wahnsinnsanfalles zur Zeit der That freigesprochen, stellte es sich erst später heraus, dass der junge Mann an melancholischer Verstimmung gelitten und sich seit Monaten mit Selbstmordgedanken getragen habe, bis ihn plötzlich der Gedanke befiel, statt sich selbst lieber seine Stiefmutter zu tödten, was er auch alsbald ausführte. Es unterliegt hier doch wohl keinem Zweifel, dass der Bedauernswerthe, welcher überdies auch unter hereditärer Belastung stand, schon längere Zeit vor der That psychisch erkrankt und nur die Psychose, da sie eben nicht mit Heftigkeit auftrat, unbeachtet geblieben war, bis sie sich durch einen plötzlichen vehementen Ausbruch, dem wieder eine relativ längere Ruhepause folgte, in entsetzlicher Weise bemerkbar machte. Der Thäter, der sich einige Zeit später auf dem Grabe eben dieser Stiefmutter (die er nach einem von ihm zurückgelassenen Briefe so sehr geliebt hatte) selbst erschoss — hat also seine Mordthat nicht in einem Anfalle von „Mania" transitoria, sondern in Folge plötzlicher Exacerbation einer schon lange bestehenden, latenten, chronischen Psychose vollbracht. Auf ganz ähnliche Art werden sich vielfache Fälle vermeintlicher „Mania" transitoria erklären lassen; wo jedoch keine bestehende Grund-Neurose nachgewiesen werden kann und wo der angeblich plötzlich eingetretene transitorische Wahnsinnsfall sich durch kein der transitorischen Tobsucht oder sonstigen vorübergehenden Seelenstörungen zu Grunde

liegendes prädisponirendes oder ätiologisch somatisches Moment erklären liesse, da muss der Bestand einer solchen Psychose in Abrede gestellt werden, da er nicht nur aller Empirie, sondern auch dem die Welterscheinungen im Grossen wie im Kleinen beherrschenden Causalgesetze widerspräche. Non datur effectus sine causa. Man war daher vollkommen berechtigt, die „Mania" transitoria, die an und für sich nicht existirt und von welcher bei ihrer durchaus schwankenden Begriffsbestimmung zweifellos mancher Missbrauch gemacht worden sein mag, für unwissenschaftlich und ihre Einreihung in das System der Psychosen für gefährlich zu erklären. Hinsichtlich der transitorischen Tobsucht wird sich jedoch bei objectiver vorurtheilsloser Prüfung Niemand zu diesem Ausspruche veranlasst finden.

K. k. Hofbuchdruckerei Carl Fromme in Wien.